

**LÚCIA DE NORONHA**

**EMBRIOLOGIA, HISTOLOGIA E  
EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DA  
PELE EM CRIANÇAS**

Dissertação apresentada como  
requisito parcial à obtenção do grau  
de Mestre Curso de Pós-Graduação  
em Medicina Interna, Setor de  
Ciências da Saúde, Universidade  
Federal do Paraná

Orientador Prof Dr Luiz Fernando Bleggi Torres

**CURITIBA  
1998**

Dedico este trabalho a minha família e a todos os amigos queridos que comigo convivem, os quais participaram tanto de minha formação pessoal quanto profissional

A ciência não se aprende, a ciência aprende a  
ciência em si. A ciência não avança, a ciência  
alcança a ciência em si. A ciência não ensina, a  
ciência insemina a ciência em si.

GILBERTO GIL  
ARNALDO ANTUNES

## **AGRADECIMENTOS**

**Ao PROF. DR. LUIZ FERNANDO BLEGGI TORRES,**

por sua amizade e dedicação, orientando e corrigindo esta dissertação e por sua importante participação em minha formação acadêmica e profissional

**Ao DR. JOSÉ FILLUS NETO,**

por seus ensinamentos em Dermatopatologia e pela leitura e revisão dos preparados histológicos

**Ao CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA,** nas pessoas do Prof Dr Lineu Werneck, pela possibilidade de realizar esta complementação universitária

**Aos TÉCNICOS DE HISTOLOGIA DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR,** pela confecção dos preparados

**Ao DR. GILBERTO A. SAMPAIO E A DRA. MARIA JOSÉ SERAPIÃO,** pelos primeiros passos em Patologia Pediátrica

**A DRA. BETINA WERNER,** pela compilação e ordenação bibliográfica

**Ao acadêmico RODRIGO DE PINHO SEPULCRI,** pela colaboração na elaboração do banco de dados

**À acadêmica VANESSA DELLO MONACO MARTINS,** pela colaboração na composição final dos desenhos esquemáticos



## SUMÁRIO

LISTA DE FOTOMICROGRAFIAS .....	vii
LISTA DE GRÁFICOS .....	ix
LISTA DE TABELAS .....	xi
LISTA DE QUADROS .....	xii
LISTA DE ESQUEMAS .....	xiii
RESUMO .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>4</b>
3 1 HISTÓRICO .....	4
3 2 EMBRIOLOGIA DA PELE HUMANA .....	9
3 2 1 ASPECTOS GERAIS .....	9
3 2 2 A EPIDERME .....	10
3 2 3 A DERME .....	12
3 2 4 OS ANEXOS CUTÂNEOS .....	14
3 2 5 OUTROS COMPONENTES DA PELE .....	22
3 3 HISTOLOGIA DA PELE HUMANA .....	24
3 3 1 ASPECTOS GERAIS .....	24
3 3 2 A EPIDERME .....	24
3 3 3 A DERME .....	25
3 3 4 OS ANEXOS CUTÂNEOS .....	26
3 4 VARIAÇÕES REGIONAIS DA PELE HUMANA .....	27
3 5 A PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS DE PELE NAS DIVERSAS PARTES DO MUNDO COM ÊNFASE NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA .....	29
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>39</b>
4 1 EXPERIMENTO I A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA .....	39
4 1 1 CASUISTICA .....	39
4 1 2 METODO .....	41
4 2 EXPERIMENTO II A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS .....	43

4 2 1 CASUÍSTICA	43
4 2 2 MÉTODO	43
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
5 1 EXPERIMENTO I A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA	47
5 1 1 A VIDA INTRA-UTERINA E A SEQUÊNCIA EMBRIOLÓGICA DA PELE HUMANA	51
5 1 1 1 PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	51
5 1 1 2 SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	54
5 1 1 3 TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO	59
5 1 2 OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA PÓS-NATAL E A HISTOLOGIA DA PELE MADURA	63
5 1 3 AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA	68
5 2 EXPERIMENTO II A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS	71
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>96</b>
6 1 EXPERIMENTO I A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA	96
6 2 EXPERIMENTO II A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS	100
6 2 1 ASPECTOS GERAIS	100
6 2 2 EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA	103
6 2 3 CONSIDERAÇÕES SOBRE CLASSIFICAÇÕES NOSOLÓGICAS	104
6 2 4 COMPARAÇÃO COM A LITERATURA	115
6 2 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>125</b>
1 PROTOCOLO DE COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS	126
2 BANCO DE DADOS DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	137
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>146</b>

## LISTA DE FOTOMICROGRAFIAS

1. CASO 9 REPRESENTADO POR FETO COM 5 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	51
2. CASO 8 REPRESENTADO POR FETO COM 9 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL HE, 400X	52
3. CASO 2 REPRESENTADO POR FETO COM 10 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	52
4. CASO 7 REPRESENTADO POR FETO COM 11 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	53
5. CASO 3 REPRESENTADO POR FETO COM 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	53
6. CASO 1 REPRESENTADO POR FETO COM 13 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE 400X	54
7. CASO 4 REPRESENTADO POR FETO COM 17 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL HE, 400X	55
8. CASO 5 REPRESENTADO POR FETO COM 17 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	55
9. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	56
10. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL HE, 400X	56
11. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE 400X	57
12. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 100X	57
13. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	58
14. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	58
15. CASO 11 REPRESENTADO POR FETO COM 25 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	59
16. CASO 12 REPRESENTADO POR FETO COM 25 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	60
17. CASO 13 REPRESENTADO POR FETO COM 27 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X	60
18. CASO 14 REPRESENTADO POR FETO COM 28 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 100X	61

19. CASO 15 REPRESENTADO POR FETO COM 31 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 40X	61
20. CASO 15 REPRESENTADO POR FETO COM 31 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE 400X.	62
21. CASO 16 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 1 ANO DE IDADE, HE, 400X	63
22. CASO 16 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 1 ANO DE IDADE, HE, 400X	64
23. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE, HE, 400X	64
24. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE, HE, 400X	65
25. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE, HE, 400X	65
26. CASO 18 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE, HE, 400X	66
27. CASO 18 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE, HE, 400X	67
28. CORTE DE PELE DE PLANTA DO PÉ, 14 ANOS DE IDADE (CASO 18) HE, 400X	68
29. CORTE DE PELE DE AXILA, 14 ANOS DE IDADE (CASO 18), HE, X400	69
30. CORTE DE PELE DE AXILA, 14 ANOS DE IDADE (CASO 18), HE, X100	69
31. CORTE DE PELE DE COURO CABELUDO, 14 ANOS DE IDADE (CASO 18), HE, X100	70
32. CORTE DE PELE DE ABDOME, 14 ANOS DE IDADE (CASO 18), HE, X400	70

## LISTA DE GRÁFICOS

1. RELAÇÃO ENTRE O NUMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES ADULTOS E AQUELES REALIZADOS EM CRIANÇAS	72
2. RELAÇÃO ENTRE O NUMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS REALIZADOS EM PACIENTES ADULTOS E PEDIATRICOS DE DIVERSOS ÓRGÃOS E TECIDOS (PATOLOGIA CIRURGICA GERAL) E AQUELES REALIZADOS EM PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DE CRIANÇAS (DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA)	73
3. RELAÇÃO ENTRE O NUMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NOS DIVERSOS ÓRGÃOS E TECIDOS (PATOLOGIA CIRURGICA PEDIATRICA) E AQUELES REALIZADOS EM PELE (DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA)	74
4. RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EXAMES PEDIATRICOS REALIZADOS EM PELE COM AMOSTRA EPIDÉRMICA (EPIDERME) E AQUELES REALIZADOS EM PELE SEM AMOSTRA EPIDERMICA, SOMENTE COM DERME E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNE (DERME)	75
5. RELAÇÃO ENTRE PACIENTES DO SEXO MASCULINO E FEMININO	76
6. CURVA ETARIA DOS CASOS DO BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA	77
7. CURVA ETARIA DOS PACIENTES DO SEXO FEMININO	78
8. CURVA ETARIA DOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO	79
9. CORRELACIONA A FAIXA ETÁRIA COM O SEXO DOS 662 PACIENTES DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA.	80
10. GRUPOS ETARIOS DOS PACIENTES DO BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA	81
11. GRUPOS ETARIOS DOS PACIENTES DO SEXO FEMININO	82
12. GRUPOS ETARIOS DOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO	83
13. CORRELACIONA O SEXO COM OS GRUPOS ETARIOS DOS 662 PACIENTES DE DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA	84
14. DEMONSTRA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS ENCONTRADOS NA ANALISE ANATOMOPATOLÓGICA DOS 662 CASOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA	85

15. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES	87
16. GRAFICO 16 - CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES	88
17. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETARIOS	91
18. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETARIOS	92
19. RELAÇÃO ENTRE OS CASOS CONCORDANTE E DISCORDANTES APÓS A REVISÃO FEITA PELA MESTRANDA E PELO DERMATOPATOLOGISTA	95

## LISTA DE TABELAS

1. RELACIONA A IDADE GESTACIONAL DOS FETOS (FE), NATIMORTOS (NM), RECEM-NATOS (RN), PRÉ-ESCOLARES, (PE) E ADOLESCENTES (AD) A PARTIR DO COMPRIMENTO PUBO-VERTICE E DO PESO EM GRAMAS	40
2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRAGEM DOS CASOS DO EXPERIMENTO I SEGUNDO O NÚMERO DE FRAGMENTOS E O LOCAL DE RETIRADA	42
3. RELACIONA A DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS EM 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS	86
4. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES	89
5. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES	90
6. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS	93
7. CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS	94
8. CORRELACIONA OS RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS EM 15 GRUPO NOSOLÓGICOS OBTIDOS NO NESTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DE OUTROS AUTORES DA LITERATURA REVISADA	116
9. CORRELACIONA OS RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS EM GRUPO NOSOLÓGICOS OBTIDOS NO NESTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DE OUTROS AUTORES DA LITERATURA REVISADA.	119

## LISTA DE QUADROS

1. RELACIONA OS 15 GRUPOS UTILIZADOS PARA CLASSIFICAR OS CASOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIATRICA	46
2. SUMARIO DOS PRINCIPAIS EVENTOS EMBRIOLÓGICOS DA PELE HUMANA EM FETOS, NATIMORTOS E RECÉM-NATOS HISTOLOGIA E VARIAÇÕES ANATÔMICAS NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA PÓS-NATAL	47
3. SUMARIO ESQUEMATIZADO DOS PRINCIPAIS EVENTOS EMBRIOLÓGICOS DA PELE HUMANA	96



## LISTA DE ESQUEMAS

1. DISCO EMBRIONÁRIO DE ONDE SE ORIGINAM AS ESTRUTURAS DA PELE	10
2. FORMAÇÃO DA EPIDERME PRIMORDIAL NA TERCEIRA E QUARTA SEMANA DE GESTAÇÃO	10
3. PERIDERME POR VOLTA DA 11 <sup>a</sup> SEMANA DE GESTAÇÃO	11
4. EPIDERME EM TORNO DO FINAL DO QUINTO MÊS DE VIDA INTRA-UTERINA	12
5. FORMAÇÃO DA LÂMINA BASAL, PAPILAS DÉRMICAS E DOS AGLOMERADOS DE CÉLULAS GERMINATIVAS, OS QUAIS DARÃO ORIGEM AOS ANEXOS CUTÂNEOS	13
6. DESENVOLVIMENTO DO FOLICULO PILOSO	15
7. FORMAÇÃO DA UNIDADE PILO-SEBACEA-APÓCRINA	18
8. FORMAÇÃO DAS GLÂNDULAS APÓCRINAS E SEBACEAS	19
9. FORMAÇÃO DA GLÂNDULA ÉCRINA	20

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi a embriologia, histologia e epidemiologia das doenças que acometem o tegumento das crianças. A embriologia, histologia e variações anatômicas da pele (experimento I) foram estudadas através da avaliação histológica de amostras da pele da região interna da coxa direita coletadas de fetos, natimortos, neomortos, pré-escolares e adolescentes submetidos a autópsia no Hospital de Clínicas, UFPR. Os aspectos epidemiológicos (experimento II) foram estudados através da revisão de 662 biópsias de pacientes pediátricos, entre 1990 e 1995, diagnosticadas no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas, UFPR. Os resultados do experimento I foram descritos através de esquemas e fotomicrografias e comparados com dados de literatura. Os resultados do experimento II revelaram predomínio de pacientes com idades oscilando de 7 a 15 anos. Há uma prevalência maior de lesões císticas incluindo cistos epidermóides e dermóides, e lesões tumorais incluindo pilomatricoma e angiomas, em relação as dermatoses neste estudo. Estes resultados são comparados com os de outras séries publicadas.

## ABSTRACT

The aim of the present study was the embryology, histology and epidemiology of cutaneous diseases in childhood. The embryological and histological observations (experiment I), including the study of the anatomical variations of the normal skin, were carried out through the microscopical analysis of fragments of the skin obtained from the internal right thigh of fetus, stillborns, infants and adolescents autopsied at Hospital de Clínicas, UFPR. The epidemiological observations (experiment II) were based on the study of 662 skin biopsies that were reviewed from the files of the Division of Anatomic Pathology, Hospital de Clínicas, UFPR between 1990 and 1995. The results of experiment I were presented through schemes and pictures, and compared with previous observations reported in the literature. The results of experiment II revealed that there was predominance of skin biopsies from patients with age ranging from 7 to 15 years old. The most prevalent pathological diagnosis in this study were the cystic lesions including epidermoid and dermoid cysts, and benign tumours represented mainly by pilomatrixoma and angiomas. These results were also compared with the world literature.

## 1 INTRODUÇÃO

A dermatologia é uma das especialidades mais antigas da Medicina. O interesse pelas doenças de pele data de mais de 6 000 anos e suas descrições são abundantes em manuscritos das civilizações antigas, tanto de cunho religioso, sobrenatural ou médico científico. O grande interesse pelas doenças de pele poderia ser explicado por serem afecções externas e de aspecto repugnante. De qualquer maneira, essa curiosidade do homem pelas doenças que acometem a pele, e sua constante observação e investigação, contribuiu em muito para o avanço da dermatologia moderna (RABDILL, 1987, RASMUSSEN, 1992).

Um diagnóstico acurado em dermatologia exige, assim como em outras áreas da Medicina, um processo dedutivo fundamentado no conhecimento de diversas disciplinas afins, entre elas dermatopatologia. A histopatologia é um dos métodos diagnósticos mais valiosos no estudo das doenças da pele, embora existam limitações, uma vez que um grande número de dermatoses apresentam quadros histológicos superponíveis. Entretanto, a acurácia de um diagnóstico em dermatologia aumenta de forma considerável quando dados macroscópicos das lesões, observados por dermatologistas, são correlacionados com alterações histopatológicas identificadas por patologistas treinados na área, uma vez que tanto a dermatologia como a dermatopatologia são especialidades dependentes e ambas visualmente orientadas. Em vista disso, a correlação clinicopatológica é fundamental em dermatologia.

Nas últimas décadas, métodos diagnósticos de ponta, tais como a histoquímica enzimática, a imunohistoquímica e a microscopia eletrônica vem contribuindo para maior elucidação diagnóstica nesta área. Entretanto, devido a grande variedade de entidades nosológicas que acometem a pele, principalmente na faixa etária pediátrica,

a formação de um profissional treinado para o diagnóstico anatomopatológico em pele, o dermatopatologista, é complexa e exige o conhecimento, além dos métodos diagnósticos de ponta, de diversas disciplinas básicas como embriologia e histologia e atualização constante dos conhecimentos na área de dermatopatologia

A fim de estudar de forma adequada os principais aspectos que envolvem o tegumento humano e suas doenças realizamos neste trabalho 2 experimentos

- a) o experimento I aborda a sequência embriológica da pele humana bem como suas modificações histológicas na vida pós-natal, utilizando para isto uma amostragem de pele de embriões, fetos, neomortos e pacientes pediátricos autopsiados na Seção de Necrópsia do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas, UFPR no ano de 1997,
- b) o experimento II analisa as principais doenças de pele que acometeram as criança atendidas nos ambulatórios pediátricos do Hospital de Clínicas, UFPR entre os anos de 1990 a 1995, através do estudo anatomo-patológico retrospectivo de 662 biópsias de pele

## **2 OBJETIVOS**

1 – Realizar estudo histológico detalhado da embriologia da pele humana (experimento I)

2 – Realizar estudo histológico das modificações sofridas pela pele humana na vida pós-natal até o início da adolescência, bem como suas variações anatômicas (experimento I)

3 – Realizar levantamento epidemiológico dos casos de dermatopatologia pediátrica do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas, UFPR no período de 1990 a 1995 a fim de estudar a prevalência das doenças de pele que acometem as crianças (experimento II)

4 – Realizar revisão dos diagnósticos histológicos dos principais grupos de afecções cutâneas na infância (experimento II)

5 – Comparar a prevalência dos principais grupos de afecções cutâneas pediátricas biopsiados no Hospital de Clínicas, UFPR, com outras séries da literatura

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HISTÓRICO

Os Vedas, livros sagrados dos hindus, têm mais de 6000 anos e citam várias orações para as crianças se curarem de icterícia e prevenirem marcas de azar, prováveis marcas de nascença. Nos trabalhos de duas grandes autoridades da época, Charaka Samhita e Susruta Samhita, há vários comentários sobre os rituais que eram feitos após o nascimento, quando as crianças eram banhadas em águas especiais ou ungidas em diversos óleos a fim de prevenir doenças de pele. Os hebreus também tinham o costume de limpar o recém nascido após o nascimento, retirando as impurezas do parto e ungindo com óleos especiais. Os unguentos eram tão importantes naquela cultura que os anciãos que produziam estes óleos eram os grandes curandeiros da antiga Israel (RABDILL, 1975, RABDILL, 1987).

Da cidade de Sumer, na Mesopotâmia, vem um dos primeiros manuscritos com 5000 anos de idade que lista vários medicamentos tópicos para tratamento de lesões de pele, entre eles, pós e óleos de diversos tipos, mel e sabão, outros manuscritos desta mesma região citam diversas doenças de pele interpretadas como prurido, lepra, impetigo, erisipela e icterícia. Além disso, os sábios da época costumavam analisar manchas, marcas de nascença e erupções de pele para prever o futuro não só da criança como o destino do mundo à sua volta. Por exemplo, crianças que nasciam com a “mancha do demônio” traziam azar e morte ao rei da cidade e, para aquele povo, todas as lesões cutâneas generalizadas

denotavam o mal interior manifestando-se na pele, pecado contra os deuses ou contágio (RABDILL, 1975, RABDILL, 1987)

O Papiro de Ebers do Egito, com mais de 3000 anos, é uma das primeiras enciclopédias médicas de que se tem notícia e já menciona diversas afecções da pele diagnosticadas e tratadas pelos sábios da época (RABDILL, 1975, RABDILL, 1987)

Na Grécia, Hipócrates fez varias menções a doenças cutâneas, reconheceu pápulas associadas a dores de garganta ou a doenças internas mais graves, e descreveu doenças como lepra e líquen (RABDILL, 1975, RABDILL, 1987)

A medicina romana, dos primeiros anos da era cristã, era totalmente espelhada na grega mas teve alguns manuscritos de destaque, como os escritos por Celsus, Plínio, Dioscorides, Soranus e Galeno. Sobre a dermatologia encontra-se menção até na literatura geral de Roma já que a falta de higiene da época propiciava a disseminação das lesões de pele. A escabiose era tão comum na época que tinha até uma deusa só para ela. Como os deuses, os médicos também eram especializados e havia médicos especialistas em olhos, orelhas, fístulas, hérnias e em pele, a primeira vez na história da humanidade em que aparece a dermatologia como uma especialidade médica, mesmo que rudimentar e pouco científica (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987)

Aurelius Cornelius Celsus viveu entre 25 a C e 50 d C e foi o primeiro grande sábio romano com influência na Medicina moderna. Apesar de não ser médico, ele escreveu uma enciclopédia médica moderna para a época, tanto em conceitos como no formato, isenta de influências divinas e sobrenaturais. No capítulo sobre dermatologia encontra-se diversas menções sobre doenças comuns na época, como



as dermatoses e alopecia areata. Ao contrário de Hipócrates, que nos deixou um imenso vocabulário dermatológico, Celsus contribuiu com inúmeras descrições clínicas detalhadas e diagnósticas. Naquela época, Celsus tratava todas as erupções de pele com exercícios e restrições dietéticas (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

Kriton, médico romano que viveu no primeiro século d.C., escreveu quatro livros que contêm mais de 50 tópicos em dermatologia, desde odores axilares até psoríase de unha. Além disso, seus cosméticos tinham nomes pomposos, como “remédio incomparável” e ele dava orientações de como prevenir o aparecimento de pêlos no corpo (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

Dioscorides viveu de 40 a 90 d.C. e escreveu uma completa farmacopéia de plantas, ervas e remédios derivados de animais e minerais com utilidade dermatológica. Descreveu com detalhes as propriedades de cada remédio e enumerou condições em que os mesmos eram úteis. Por causa disso, ele criou uma complexa e extensa nosologia baseada em Hipócrates, cuja tradução foi feita para o inglês no século XVII, causando grandes problemas de concordância de termos (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

Galeno viveu entre 129 e 200 d.C. e foi considerado a suma autoridade médica até meados de 1800. Entre diversos livros importantes ele escreveu o primeiro compêndio de Dermatologia da história. A visão de Galeno na maioria das vezes era especulativa e baseada em teorias que nos dias de hoje foram modificadas (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

Dentre os médicos do Império Bizantino, que floresceu após a queda do Império Romano, Oribasius, que viveu entre os anos 325 d.C. e 405 d.C., escreveu

um compêndio sobre as doenças exantemáticas na infância que, na sua opinião, eram causadas pela pouca ingestão ou má qualidade do leite. Mais tarde, em 543 d.c., um outro médico bizantino, Aetius, introduziu os termos eczema e acne, apesar dos seus significados serem incertos. Paulus de Aegina foi um dos últimos médicos bizantinos e dedicou um volume literário inteiro a mulheres e crianças, descrevendo e propondo tratamentos para diversas lesões de pele (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

A medicina medieval (entre os séculos XIII e XVI) contou com William de Saliceto, que descreveu tinas e eczemas, e Bernard de Gordon, que fez menção ao lúpus, entre outros. No século XVI destacaram-se Ambroise Pare, um dos grandes cirurgiões da época, Leonard Fuchs, botânico, e Peter Forestus, grande enciclopedista, todos contribuindo para o estudo das doenças de pele (RABDILL, 1978, RABDILL, 1987).

Daniel Sennert publicou de seus trabalhos no século XVII, dedicando um volume para doenças de pele em crianças, descreveu diversas lesões e propôs causas e tratamentos além de tentar correlacionar as substâncias químicas modernas com os medicamentos antigos, bem como aceitava a ideia de contágio de algumas doenças. Descreveu vários tipos de doenças exantemáticas, incluindo varicela e rubéola. No século seguinte destacam-se Simon André Tissot e Lawrence Heister, ambos autores de compêndios médicos importantes sobre dermatologia (RABDILL, 1976, RABDILL, 1987).

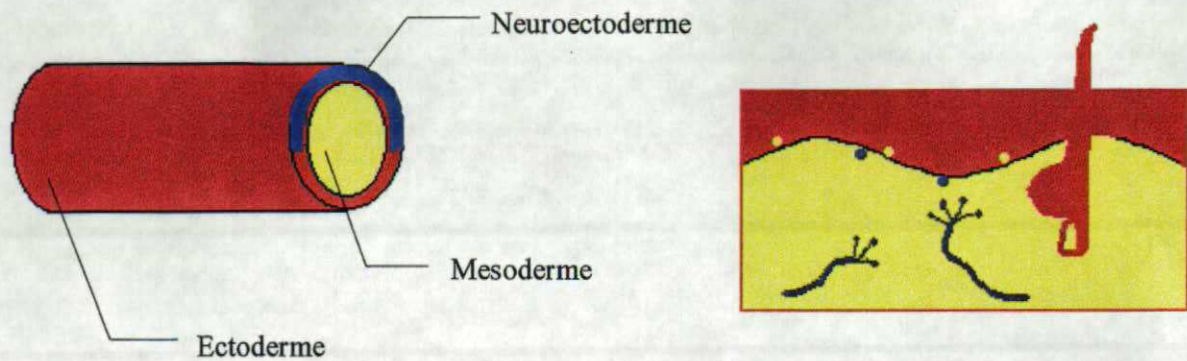
No nosso século destacam-se diversos centros de estudo excelência em dermatologia tanto em países da Europa como da América, entre eles a França, a Itália, os Estados Unidos e o México com as doenças tropicais infecciosas. Além

disso, diversos livros importantes de dermatologia e dermatopatologia foram publicados, destacando-se nesta área A Bernard Ackerman, Walter Lever e Wallace Clark. A evolução da dermatologia pediátrica na última década baseia-se em alguns avanços tais como os métodos de imagem no diagnóstico de doenças pediátricas, a amniocentese e a biópsia de vilos coriônicos no diagnóstico pré-natal de doenças, os estudos imunológicos na epidermólise bolhosa e os avanços na imunopatologia com o desenvolvimento de anticorpos monoclonais para diversas células, enzimas e citocinas. Além disso, os aparelhos a laser evoluíram muito e cada vez se tornam mais úteis na dermatologia pediátrica e o computador foi um dos acessórios de maior impacto na prática médica pois ele permitiu ao médico maior facilidade na pesquisa de dados, o que é fundamental para que se mantenha sempre atualizado. Para o século XXI que se aproxima, os estudos com DNA e RNA humanos trarão grandes avanços no diagnóstico molecular de doenças, terapia gênica e medicina preventiva (RASMUSSEN, 1992).

## 3.2 EMBRIOLOGIA DA PELE HUMANA

### 3.2.1 Aspectos gerais:

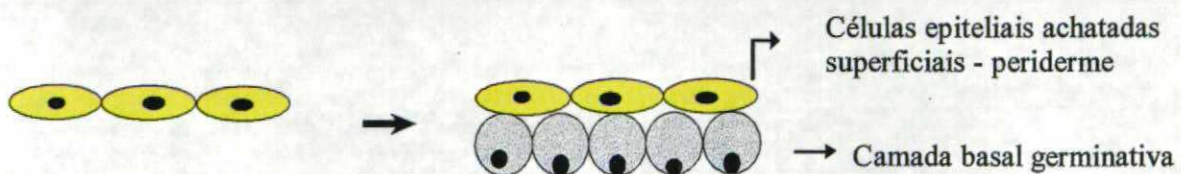
Todos os constituintes da pele humana são derivados da ectoderme ou da mesoderme. A ectoderme superficial origina as estruturas epiteliais, que compreendem a epiderme, folículos pilosos e glândulas sebáceas, unidades écrinas, apócrinas e ungueais. A neuroectoderme é responsável pelo aparecimento dos melanócitos, nervos e receptores sensoriais especializados da pele. Outros elementos como células de Langerhans, macrófagos, fibroblastos, vasos sanguíneos e linfáticos, músculos e adipócitos desenvolvem-se a partir da mesoderme como demonstra o esquema 1 (BREATHNACH, 1971, ACKERMAN, 1997).



**ESQUEMA 1 – DISCO EMBRIONÁRIO DE ONDE SE ORIGINAM AS ESTRUTURAS DA PELE COM ECTODERME ORIGINANDO A EPIDERME E ANEXOS (VERMELHO), MESODERME ORIGINANDO AS ESTRUTURAS DA DERME E AS CÉLULAS DE LANGERHANS (AMARELO) E NEUROECTODERME ORIGINANDO OS MELANÓCITOS E OS NERVOS E RECEPTORES SENSORIAIS DA DERME (AZUL).**

### 3.2.2 A epiderme

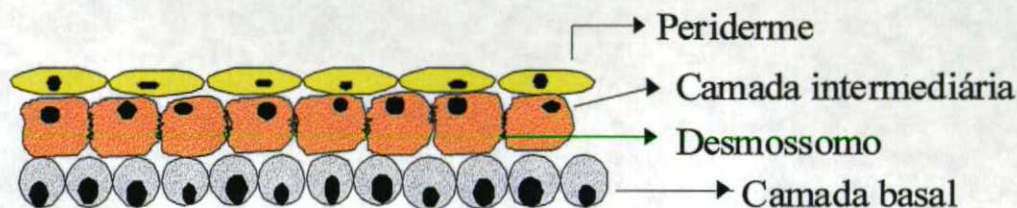
Na terceira semana do desenvolvimento embrionário, a epiderme primordial é constituída de uma única camada de células epiteliais achatadas superficiais. Na semana seguinte estas células se modificam e dão origem à uma camada basal germinativa de células cuboidais a qual está revestida por uma fina camada de células achatadas em contato com o líquido amniótico - a periderme - que atua como uma barreira protetora e permeável até que as células epiteliais superficiais se tornem queratinizadas como demonstra o esquema 2 (HASHIMOTO, GROSS e DIBELLA, 1966; MATSUNAKA e MISHIMA, 1969; HOLBROOK e ODLAND, 1975).



**ESQUEMA 2: FORMAÇÃO DA EPIDERME PRIMORDIAL NA TERCEIRA E QUARTA SEMANA DE GESTAÇÃO COM AS CAMADAS EPITELIAL SUPERFICIAL - PERIDERME - E BASAL GERMINATIVA.**



Por volta da 11<sup>a</sup>/12<sup>a</sup> semana de gestação surgem várias camadas de células grandes, ricas em glicogênio dispostas no meio das células da periderme – são as células da camada intermediária – as quais, ao contrário das células da periderme, contém tonofilamentos citoplasmáticos organizados em junções intercelulares chamadas desmossomos como demonstra o esquema 3 (HASHIMOTO, GROSS e DIBELLA, 1966; MATSUNAKA e MISHIMA, 1969; HOLBROOK e ODLAND, 1975).



**ESQUEMA 3: PERIDERME POR VOLTA DA 11<sup>a</sup> SEMANA DE GESTAÇÃO COM A CAMADA DE CÉLULAS INTERMEDIÁRIAS RICAS EM GLICOGÊNIO E APRESENTANDO DESMOSSOMOS.**

Depois do quinto mês de vida intra-uterina surgem grânulos de queratohialina na porção apical da camada intermediária – camada granulosa primitiva - e as células da epiderme próximas à superfície perdem seus núcleos e mostram sinais de aumento da queratinização – camada córnea primitiva. A formação da camada granulosa e córnea será completada por volta do sexto mês de gestação e logo em seguida as células que constituem a periderme descamam da superfície da pele já queratinizada como demonstra o esquema 4 (HASHIMOTO, GROSS e DIBELLA, 1966; MATSUNAKA e MISHIMA, 1969; HOLBROOK e ODLAND, 1975).





**ESQUEMA 4: EPIDERME EM TORNO DO FINAL DO QUINTO MÊS DE VIDA INTRA-UTERINA COM A FORMAÇÃO DA CAMADA GRANULOSA E Córnea PRIMITIVA E INÍCIO DA DESCAMAÇÃO DAS CÉLULAS DA PERIDERME.**

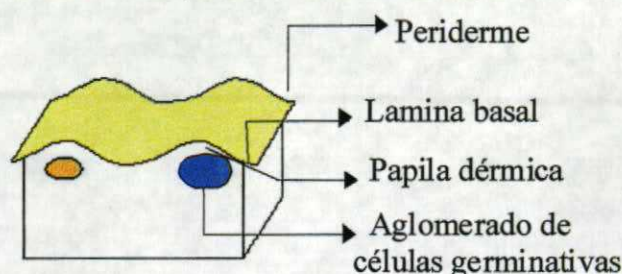
### **3.2.3 A derme**

No início da embriogênese, a interface entre a epiderme e a derme é plana. Durante o primeiro trimestre, surge nesta junção uma lâmina basal sintetizada principalmente pelas células basais da periderme (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962; SMITH e HOLBROOK, 1986; ACKERMAN, 1997).

Por volta da 12<sup>a</sup> semana ocorre proliferação de células germinativas na camada basal da periderme, formando pequenos aglomerados celulares dispostos em intervalos regulares na interface dermoepidérmica. Estes aglomerados de células darão origem as unidades pilosebáceas, apócrinas e écrinas (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962; SMITH e HOLBROOK, 1986; ACKERMAN, 1997).



A partir do sexto mês de vida fetal, inserções de tecido conjuntivo em forma de mamilos penetram na face inferior da epiderme formando as papilas dérmicas como demonstra o esquema 5 (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962; SMITH e HOLBROOK, 1986; ACKERMAN, 1997).



**ESQUEMA 5: FORMAÇÃO DA LÂMINA BASAL, PAPILAS DÉRMICAS E DOS AGLOMERADOS DE CÉLULAS GERMINATIVAS, OS QUAIS DARÃO ORIGEM AOS ANEXOS CUTÂNEOS.**

No início, a derme embrionária consiste de numerosos aglomerados de células mesenquimais estreladas suspensas em abundante substância mucóide. Os fibroblastos, resultantes da diferenciação dessas células mesenquimais primitivas, produzem delicadas bandas de colágeno por volta da 12ª semana de vida fetal. Os compartimentos papilar e reticular da derme tornam-se reconhecíveis como entidades distintas por volta do quarto mês de vida intra-uterina, sendo que as bandas de colágeno da derme papilar são mais finas que aquelas da derme reticular. Conforme os elementos fibrilares da derme fetal aumentam de maneira gradual e os componentes celulares diminuem, a derme adquire características típicas de um tecido conjuntivo maduro. Na 24ª semana as fibras elásticas, sintetizadas também pelos fibroblastos, tornam-se visíveis ao longo das bandas de colágeno na derme (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962; SMITH e HOLBROOK, 1986; ACKERMAN, 1997).



A rede de vasos sanguíneos e linfáticos da derme origina-se de células mesenquimais no final do primeiro trimestre. Entretanto, os característicos plexos arterial e venoso, um situado na parte superior da derme reticular e o outro em sua parte inferior, não serão visíveis antes do terceiro trimestre (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962, SMITH e HOLBROOK, 1986, ACKERMAN, 1997)

Abaixo da derme, lóbulos de células mesenquimais ao redor dos vasos sanguíneos recém-formados começam a se diferenciar em adipócitos primitivos que se tornaram cheios de lipídios no final do segundo trimestre dando origem à tela subcutânea (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962, SMITH e HOLBROOK, 1986, ACKERMAN, 1997)

Os nervos cutâneos originam-se da neuroectoderme e na 5ª semana já são detectáveis na derme. Nas semanas subsequentes uma elaborada rede de nervos motores autônomos vai se formando para inervar os vasos sanguíneos, músculos pilo-erectores, glândulas écrinas e apócrinas. Os nervos sensitivos somáticos e órgãos sensores especializados como os corpúsculos de Pacini, corpúsculos de Meissner e terminações mucocutâneas de Krause também se formam neste período (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962, SMITH e HOLBROOK, 1986, ACKERMAN, 1997)

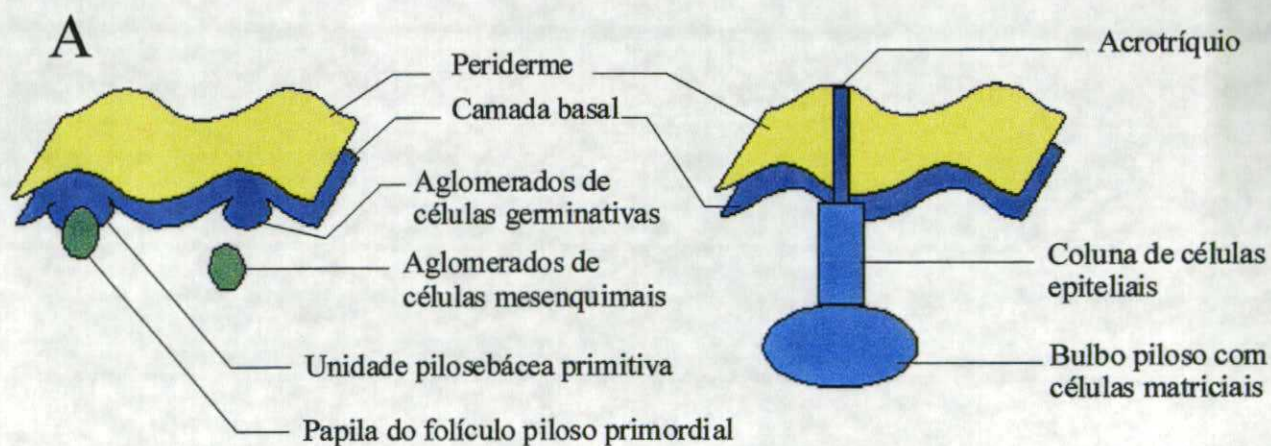
#### **3.2.4 Os anexos cutâneos**

A diferenciação do folículo piloso ocorre nas sobrancelhas pôr volta da nona semana do desenvolvimento. Células germinativas basais da periderme agregadas como um brotamento sólido e em conjunto com grupos de células mesenquimais da derme subjacente dão origem ao folículo piloso a partir de um crescimento vertical

em direção à derme. As células mesenquimais dão origem a papila do folículo piloso primordial enquanto as células germinativas basais se dispõem em arco ao redor da papila constituindo a unidade pilo-sebácea primitiva como demonstra o esquema 6 (PINKUS, 1958; HASHIMOTO, 1970).

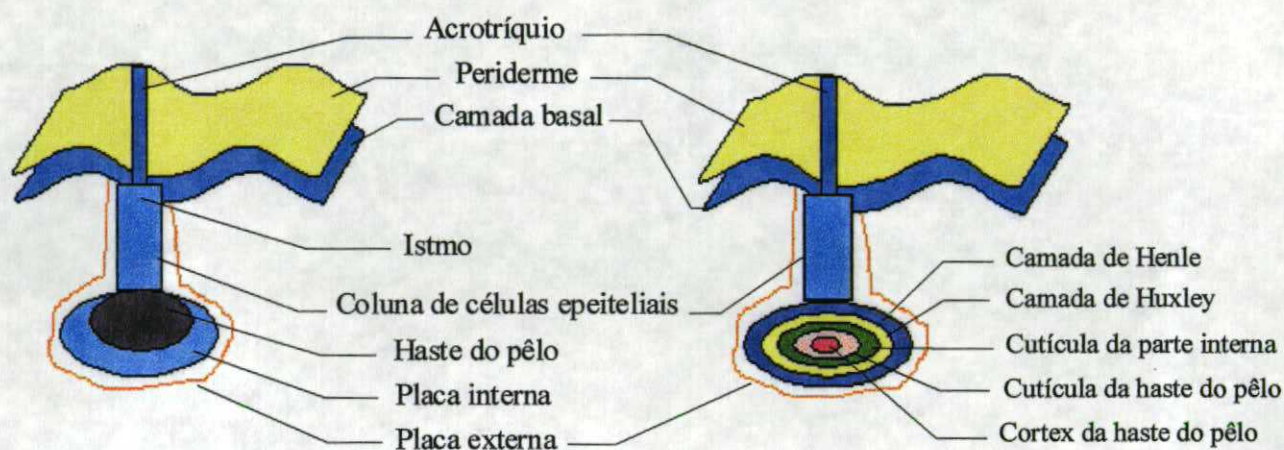
Por volta da 28ª semana de gestação se completa a formação do folículo piloso e outras três estruturas epiteliais derivadas deste, nomeadas unidade apócrina, unidade sebácea e a proeminência que representa o local em que se fixará o músculo pilo-erector (PINKUS, 1958; HASHIMOTO, 1970).

O desenvolvimento do folículo piloso inicia-se na cabeça durante o primeiro trimestre e se processa no sentido crânio caudal. Folículos pilosos primordiais não são detectados no tronco até o quarto mês (PINKUS, 1958; HASHIMOTO, 1970).





B



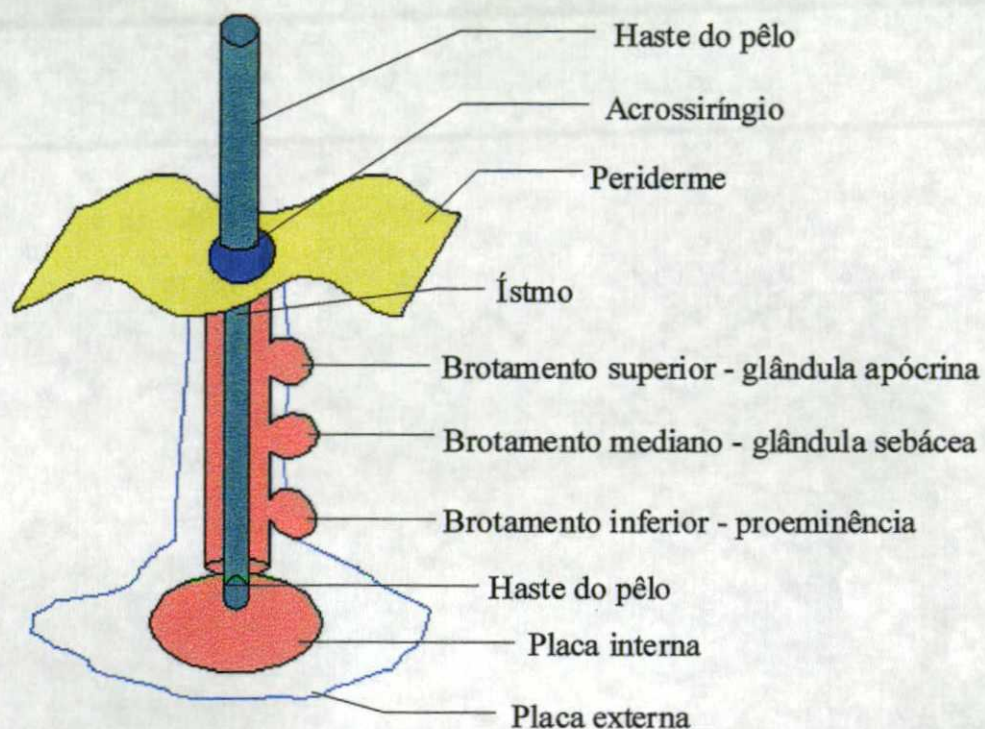
**ESQUEMA 6: DESENVOLVIMENTO DO FOLÍCULO PILOSO. EM "A" AS CÉLULAS DE CADA FOLÍCULO PILOSO PRIMORDIAL CRESCEM EM TRAJETO DESCENDENTE COMO COLUNAS EPITELIAIS SÓLIDAS QUE PENETRAM NA DERME. AS CÉLULAS GERMINATIVAS BASAIS DA PERIDERME CRESCEM DE FORMA ASCENDENTE E FORMAM O ACROTRÍQUIO - ESTRUTURA QUE ALOJA A HASTE DO PÊLO DENTRO DA EPIDERME. EM "B" A BASE DA COLUNA DE CÉLULAS FOLICULARES TORNA-SE BULBAR E DÁ ORIGEM AS CÉLULAS MATRICIAIS QUE PROLIFERAM ORIGINANDO UM FILAMENTO CENTRAL QUERATINIZADO - A HASTE DO PÊLO - E IMEDIATAMENTE ADJACENTE A ESTE, UM TUBO DE QUERATINÓCITOS - A PLACA INTERNA. DE DENTRO PARA FORA, OS DOIS COMPONENTES DA HASTE DO PÊLO EMBRIONÁRIO SÃO O CÓRTEX E A CUTÍCULA E OS TRÊS COMPONENTES DA PLACA INTERNA, ORDENADOS CONCENTRICAMENTE, SÃO A CUTÍCULA, A CAMADA HUXLEY E A CAMADA HENLE. A PLACA EXTERNA É RESULTADO DA MATURAÇÃO DE CÉLULAS ORIGINADAS DO ISTMO DO FOLÍCULO PILOSO. A HASTE DO PELO EMBRIONÁRIO É PUXADA ASCENDENTEMENTE POR UMA CORRENTE DE CÉLULAS QUERATINIZANTES ORIGINÁRIAS DA MATRIZ ATÉ ALCANÇAR A SUPERFÍCIE DA EPIDERME ATRAVÉS DO ACROTRÍQUIO.**

Por volta da 17<sup>a</sup> semana os primeiros filetes de pelos embrionários (lanugos) emergem dos acrotríquios primitivos nas sobrancelhas e na testa e na 18<sup>a</sup> semana cobrem todo o couro cabeludo. Já na 20<sup>a</sup> semana, surgem lanugos cobrindo toda a superfície do corpo, exceto as palmas das mãos, solas dos pés, dorso das falanges dos dedos, glândula do pênis e lábios menores da vulva (PINKUS, 1958, HASHIMOTO, 1970)

O pêlo adulto possui como única diferença do lanugo a presença de uma zona central localizada na haste do pelo chamada medula (PINKUS, 1958, HASHIMOTO, 1970)

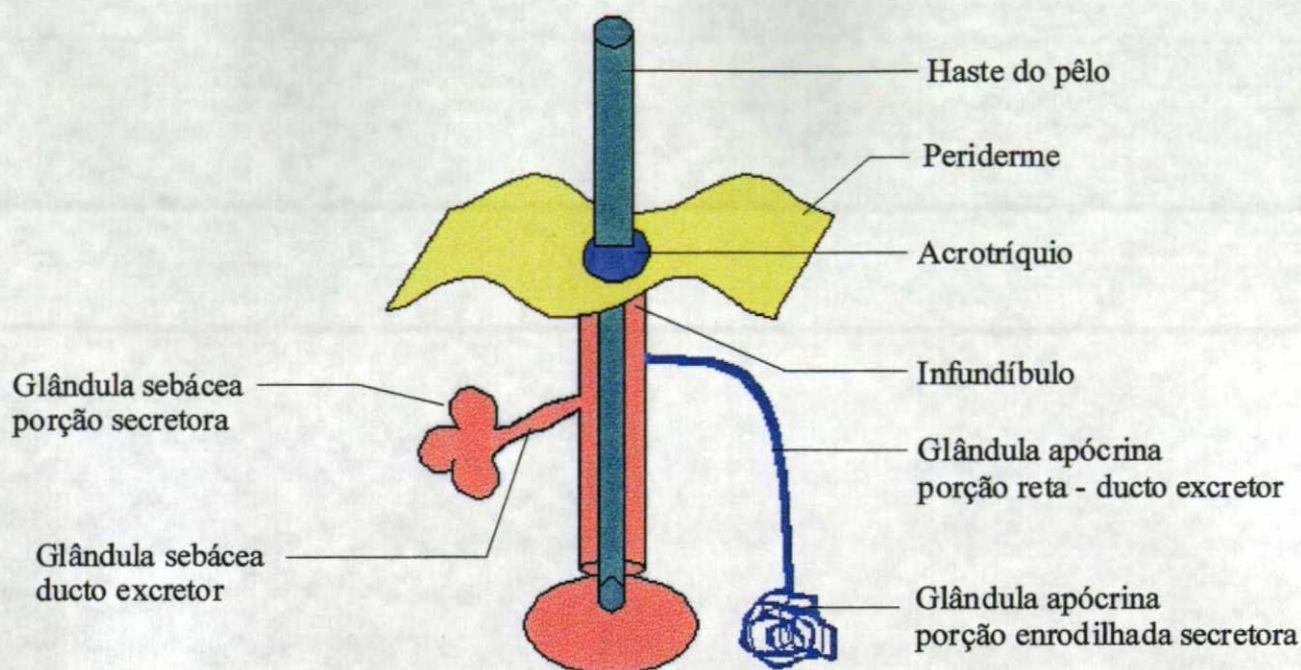
Por volta da 16<sup>a</sup> semana células epiteliais proliferam em três grupos em locais diferentes ao longo do folículo. Estes brotos epiteliais expandem-se para dentro da mesênquima para dar origem à unidade apócrina-pilo-sebácea (vide esquema 7). Tanto andrógenos maternos como hormônios fetais endógenos influenciam no desenvolvimento das glândulas sebáceas pré-natais e pós-natais precoces (vide esquema 8). Começando por volta da 15<sup>a</sup> semana de gestação, a síntese e secreção dos produtos dessas glândulas irá contribuir para formar a substância rica em lipídios que cobre o feto especialmente no terceiro trimestre – vernix caseosa (PINKUS, 1958, HASHIMOTO, 1970)





**ESQUEMA 7 - FORMAÇÃO DA UNIDADE PILO-SEBÁCEA-APÓCRINA.** O BROTAÇÃO MAIS INFERIOR DÁ ORIGEM A PROEMINÊNCIA QUE SERVIRÁ COMO LOCAL PARA FIXAÇÃO DO MÚSCULO PILO-ERECTOR. ESTE MÚSCULO LISO, QUE DESENVOLVER-SE-Á MAIS TARDE NO TERCEIRO TRIMESTRE A PARTIR DE CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTACIONADAS NA DERMIS, IRÁ CRESCER A PARTIR DA PROEMINÊNCIA EM DIREÇÃO A EPIDERMIS ONDE FIXAR-SE-Á. AS CÉLULAS DO SEGUNDO BROTAÇÃO DÃO ORIGEM A GLÂNDULA SEBÁCEA. AS GLÂNDULAS APÓCRINAS E DUCTOS FORMAM-SE A PARTIR DO BROTAÇÃO MAIS ALTO AO LONGO DO FOLÍCULO.



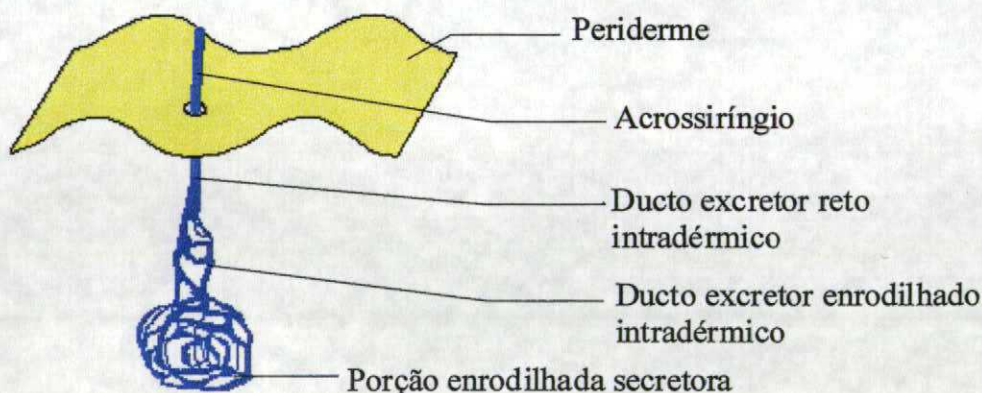


**ESQUEMA 8 - FORMAÇÃO DAS GLÂNDULAS APÓCRINAS E SEBÁCEAS.** AS GLÂNDULAS APÓCRINAS SE ORIGINAM DE CÉLULAS EPITELIAIS QUE PROLIFERAM EM DIREÇÃO DESCENDENTE, COMO UM CORDÃO (DUCTOS EXCRETORES), E, POR VOLTA DA 24ª SEMANA, TORNAM-SE ENROLADAS EM SUA BASE (PORÇÃO SECRETORA). A PORÇÃO ENROLADA CONSTITUI A GLÂNDULA APÓCRINA E A PORÇÃO RETA ACIMA UM DUCTO APÓCRINO, CUJA LUZ PENETRA NA PORÇÃO ALTA DO FOLÍCULO PILOSO LOGO ACIMA DA ENTRADA DO DUCTO SEBÁCEO E NO LADO OPOSTO A ESTE - REGIÃO CHAMADA DE INFUNDÍBULO. AS GLÂNDULAS SEBÁCEAS SÃO FORMADAS POR CÉLULAS QUE SE TORNAM PROGRESSIVAMENTE CARREGADAS COM LIPÍDIOS E COM O TEMPO FORMARÃO UMA PORÇÃO SECRETORA LOBULADA CONECTADA POR UM ESTREITO DUCTO EXCRETOR ATÉ O INFUNDÍBULO.

As glândulas apócrinas precursoras regredem após o quinto mês e no momento do nascimento persistem apenas em alguns locais como a axila, aréola, pele periumbilical e anogenital. Apesar das glândulas apócrinas serem capazes de secretar um fluído leitoso por volta dos sete meses, elas permanecem adormecidas após o nascimento e apenas retomam a função secretora na puberdade. Da mesma forma, as glândulas lactíferas também são glândulas apócrinas, e, também têm a capacidade de produzir secreção leitosa na puberdade (HASHIMOTO, 1970).



As glândulas écrinas aparecem primeiro na pele palmar e plantar do embrião de 12 semanas de desenvolvimento como focos de proliferação de células germinativas basais da periderme. Estas proliferações são independentes das unidades apócrinas-pilo-sebáceas (vide esquema 9). Por volta do sexto mês de vida intra-uterina, quando inicia a secreção de suor, células epiteliais da periferia das glândulas écrinas assumem qualidades mioepiteliais (HASHIMOTO; GROSS e LEVER, 1965; HASHIMOTO; GROSS e LEVER, 1966).



**ESQUEMA 9 – FORMAÇÃO DA GLÂNDULA ÉCRINA. AS GLÂNDULAS ÉCRINAS PRIMITIVAS TEM A FORMA DE DELICADAS COLUNAS DE CÉLULAS EPITELIAIS RICAS EM GLICOGÊNIO QUE SE MOVEM PARA BAIXO EM DIREÇÃO À DERME PROFUNDA E AO MESMO TEMPO EM DIREÇÃO ASCENDENTE PARA A EPIDERME. AS CÉLULAS ÉCRINAS DENTRO DA EPIDERME SÃO CONHECIDAS COMO ACROSSIRÍNQUIO. QUANDO AS COLUNAS DE CÉLULAS ÉCRINAS DESCENDENTES ATINGEM A DERME RETICULAR SUA PORÇÃO MAIS INFERIOR TORNA-SE ENROLADA – PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA. DA BASE PARA O ÁPICE, UMA GLÂNDULA ÉCRINA MADURA É CONSTITUÍDA DE UMA PORÇÃO SECRETORA ENROLADA, UM DUCTO ENROLADO INTRADÉRMICO, UM DUCTO RETO INTRADÉRMICO E UM DUCTO ESPIRALADO INTRAEPIDÉRMICO – O ACROSSIRÍNQUIO.**

O epitélio que se transformará na futura unidade ungueal, é inicialmente indistinguível da epiderme que o circunda. Durante o primeiro trimestre da embriogênese pode ser identificada na porção dorsal distal de cada dedo uma zona quadrangular, homogênea e brilhante, demarcada por uma ranhura contínua e rasa. O epitélio neste local limitado é dividido em três camadas: superficial, intermediária e basal germinativa. Na nona semana uma coluna de células basais germinativas, precursoras da matriz ungueal, cresce em direção proximal e, mais tarde, o limite da matriz ungueal é delimitado pela lúnula, uma zona esbranquiçada em forma de hemielipse (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962, ACKERMAN, 1997).

Na 13ª semana, quatro componentes do epitélio da unha em desenvolvimento são aparentes: as camadas basal ou germinativa, espinhosa ou intermediária, granulosa e queratinizada ou córnea. Essa região, agora denominada de epitélio do leito ungueal, perde a zona granulosa por volta da 20ª semana. Antes disto, na 14ª semana, a parte proximal do leito ungueal é coberta por uma dura placa de células queratinizadas que derivam da matriz, uma estrutura que se torna bem queratinizada antes de qualquer outro epitélio cutâneo. A cutícula do leito ungueal consiste de uma camada queratinizada mole que se estende na superfície ventral da unha. Na 16ª semana a placa da unha já avançou o suficiente para cobrir a metade proximal do leito ungueal e na 20ª semana o cobrirá por completo, quando a unidade ungueal fetal será parecida com a do adulto (SERRI, MONTAGNA e MESCON, 1962, ACKERMAN, 1997).



### 3.2.5 Outros componentes da pele

- a) **melanócitos** por volta da oitava semana de gestação ocorre a migração dos melanoblastos primordiais da crista neural para a epiderme, onde diferenciar-se-ão em melanócitos, adquirindo dendritos. A síntese de melanossomos e sua transferência para os queratinócitos inicia-se do quarto ao sexto mês de gestação. O corpo dos melanócitos está situado entre as células da camada basal da epiderme, porém seus prolongamentos alcançam alguma distância entre as células das camadas intermediárias. Melanócitos funcionantes aparecem entre as células matriciais do folículo piloso por volta do quarto ou quinto mês de gestação (BECKER e ZIMMERMANN, 1955, MISHIMA e WIDLAN, 1966, SAGEBIEL e ODLAND, 1970, HOLBROOK, UNDERWOOD e VOGEL, 1989).
- b) **células de Langerhans** têm sido identificadas na epiderme de embriões humanos desde a sexta semana de desenvolvimento. Neste estágio, apresentam menor quantidade de dendritos e marcadores fenotípicos diferentes daqueles encontrados em fetos maiores ou recém-natos. As células de Langerhans maduras manifestam-se na zona intermediana da epiderme fetal na 12<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup> semana, originadas a partir de uma célula tronco hematopoiética proveniente de saco vitelínico e/ou fígado, os dois maiores órgãos hematopoiéticos do embrião. Durante o desenvolvimento fetal e mesmo após, células de Langerhans derivadas de precursores mesenquimais também são encontradas na medula óssea. Não se sabe ao certo se a presença de células de Langerhans na epiderme é resultado

de sua migração contínua da medula óssea ou de sua replicação na própria epiderme (PENNEYS, STOER e BUCK, 1984, FOSTER, HOLBROOK e FARR, 1986)

- c) **células de Merkel** originam-se de células da ectoderme primitiva que migram para a epiderme embrionária. Na pele plantar as células de Merkel foram identificadas já na 12<sup>a</sup> semana de gestação. Na 16<sup>a</sup> semana estas células surgem primeiro no epitélio das pontas dos dedos e leitos ungueais e em seguida em toda a parte (MOLL, 1990)

### **3.3 HISTOLOGIA DA PELE HUMANA**

#### **3.3.1 Aspectos gerais:**

A pele ou tegumento é uma membrana que recobre toda a superfície corporal e está em continuidade com as membranas mucosas que recobrem os orifícios do corpo humano. Apresenta grande variação de espessura em toda a sua extensão, indo de 1 a 4mm conforme as exigências de suas funções biológicas, dentre elas, a de manter a integridade corporal protegendo o corpo contra injúrias, absorver e excretar líquidos, regular a temperatura corporal, absorver raios ultravioletas, metabolizar a vitamina D, prover estímulos sensoriais e funções cosméticas (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

A pele pode ser dividida em duas partes, a camada mais externa sendo representada pela epiderme e a mais interna pela derme que repousa sobre o tecido celular subcutâneo (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

#### **3.3.2 A epiderme:**

A epiderme é formada por um epitélio estratificado escamoso queratinizado que contém 4 camadas: basal, espinhosa, granulosa e córnea (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

As células da epiderme, por sua vez, podem ser divididas em 3 grupos: as células tronco ou germinativas, as diferenciadas e as funcionais. A epiderme possui ainda células dendríticas (melanócitos e células de Langerhans) e células neuroendócrinas (células de Merkel) (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

As células germinativas ou células tronco originam a camada basal da epiderme e são responsáveis pela constante reposição de células escamosas, sendo que uma troca de todas as células que compõem este epitélio se completa a cada 70 dias. As células diferenciadas originam a camada intermediária ou espinhosa da epiderme, a qual é rica em glicogênio e contém desmossomos. Já as células funcionais compõem as camadas granulosa e córnea da epiderme, sendo que a primeira apresenta como diferenciação os grânulos de queratohialina e na segunda as células são desprovidas de núcleos e totalmente queratinizadas (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

Os melanócitos são responsáveis pela produção de melanina e sua distribuição entre as células da epiderme. Os melanócitos estão situados na camada basal da epiderme numa relação de 1 melanócito para cada 36 células espinhosas (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

As células de Langerhans são histiócitos com prolongamentos citoplasmáticos especializados na função de apresentação de antígenos para os linfócitos T, tendo importante papel nos processos de reação de hipersensibilidade cutânea (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

As células de Merkel são, provavelmente, derivadas da crista neural e tem funções neuroendócrinas. Não são vistas em colorações de rotina, somente por métodos imunohistoquímicos (BLEGGI-TORRES, NORONHA e TELLES, 1995)

### **3.3.3 A derme:**

A derme é formada por tecido conjuntivo e contém vasos, nervos e anexos cutâneos, além de células inflamatórias como linfócitos, histiócitos e mastócitos. É

dividida em derme papilar e derme reticular (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

A derme papilar é delimitada na porção superior pela epiderme e na inferior pela derme reticular e plexo vascular. É irregular e contém as papilas dérmicas. A derme reticular repousa entre a derme papilar e a hipoderme. As fibras colágenas tem uma orientação paralela nesta região (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

### **3.3.4 Os anexos cutâneos:**

As glândulas sebáceas consistem em vários lóbulos contendo lipídios. Cada lóbulo da glândula sebácea é composto por uma camada externa de células germinativas e uma zona interna composta por células grandes funcionais (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997, MURPHY, 1997)

A secreção da glândula sebácea drena através do ducto sebáceo para dentro do infundíbulo do folículo piloso e daí para a superfície da pele pelo acrotríquio.

As glândulas sudoríparas são compostas por uma camada externa de células contráteis mioepiteliais e uma camada interna de células secretoras. Podem ser do tipo écrino ou apócrino (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997, MURPHY, 1997)

Englobando o folículo piloso há um tecido fibroso perianexial que é separado da bainha epitelial da raiz pela membrana basal do pelo. A matriz do pelo é composta por células mais internas em relação a bainha epitelial da raiz - as células matriciais. Estas células se tornam queratinizadas e dão origem a haste do pelo, formado por uma cutícula de queratina (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997, MURPHY, 1997)

### 3.4 VARIAÇÕES REGIONAIS DA PELE HUMANA

A pele dos fetos apresenta um delicado labirinto de sulcos que se desenvolvem durante o quarto e quinto mês da vida intra-uterina. Os sulcos se tornam progressivamente mais proeminentes durante toda a gestação e primeiros anos de vida. Estas marcas na superfície da epiderme, após terminada a sua formação, permanecem estáveis por toda a vida, são praticamente inextinguíveis e possibilitam, entre outras coisas, o estiramento da pele. Além disso, as estrias paralelas, sulcos encurvados, espirais e arcos nas pontas dos dedos constituem as impressões digitais, um modelo individual usado para identificar e diferenciar até mesmo gêmeos univitelinos (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997).

A pele apresenta diferenças anatômicas externas caracterizadas pelas milhares de combinações e variações dos sulcos cutâneos, bem como apresenta variações microscópicas peculiares a cada local do corpo humano que recobre. Sendo assim, a pele palmar e plantar é caracterizada por espessas camadas queratinizadas e granulares, uma proeminente ondulação na epiderme, grande número de papilas dérmicas, numerosas unidades écrinas e terminações nervosas e ausência de folículos pilo-sebáceos e unidades apócrinas. A pele ondulada da palma das mãos se aplica de forma perfeita para segurar e prender objetos (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997).

O homem possui considerável quantidade de pelos no couro cabeludo, axilas e região pubiana em ambos os sexos, e na face e tórax no sexo masculino. As regiões palmares e plantares, a glândula do pênis, dorso das falanges terminais e junções mucocutâneas, são, no entanto, desprovidas destes. A densidade dos pelos

que cobre o couro cabeludo é refletida a microscopia por numerosos e grandes folículos que estão enraizados na porção profunda na tela subcutânea. Já os fios de pelos que caracterizam a maioria dos demais locais anatómicos são produzidos por pequenos folículos situados na derme (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

A região axilar é constituída por um conglomerado de folículos e glândulas sebáceas em conjunto com incontáveis unidades apócrinas e écrinas (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

Outras regiões da pele têm características diferentes. A pele do dorso apresenta a derme composta por uma ampla banda colágena que serve para suportar a tensão exercida pela postura ereta humana. A pele distensível da pálpebra, com sua fina derme, é projetada para acompanhar o rápido movimento dos olhos. O meio da face é gorduroso devido a secreção de numerosas e grandes glândulas sebáceas. Regiões pigmentadas, como a aréola, contém quantidades crescentes de melanina na epiderme. Tecidos que sofrem ereção, como o mamilo, clitóris e pênis, são dotados de músculos lisos altamente vascularizados (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

### 3.5 A PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS DE PELE NAS DIVERSAS PARTES DO MUNDO, COM ÊNFASE NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

PERLMAN (1965) escreveu um artigo sobre a subespecialidade de Dermatologia Pediátrica, que na época ainda estava começando a se desenvolver. Ele introduz o artigo comentando a necessidade das especialidades na medicina, sem desvalorizar o “médico da família”. O autor fala sobre Carl Leiner (1871-1930), médico de Viena e um dos primeiros dermatologistas pediátricos de que se tem notícia. Este médico é conhecido pela doença de Leiner, hoje em dia conhecida como dermatite seborreica generalizada do recém nascido. Em 1912 este renomado médico publicou um manual especializado sobre as dermatoses infantis. Perlman comenta que é errônea a afirmação que “doenças de pele nas crianças são as mesmas dos adultos”, ressaltando que até o tratamento pode ser diferente. O autor estima que 10 a 15% das queixas dos pacientes de um pediatra generalista são dermatológicas. O autor finaliza o artigo enfatizando a necessidade de muito estudo e treinamento adequado para se tornar um bom profissional da área.

FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS (1974) fizeram um estudo clínico, analisando 9877 crianças brancas da África do Sul com até 12 anos de idade. Analisaram o sexo, idade e diagnósticos, cruzando estas variáveis e avaliando os resultados. A idade de maior prevalência de casos dermatológicos foi até os 2 anos, não havendo diferença quanto ao sexo. A partir desta idade, não há grandes flutuações no número de casos e há um aumento progressivo de meninas em relação aos meninos. Isto talvez reflita a maior preocupação das meninas (ou de suas mães) com a pele à medida que vão crescendo. As entidades nosológicas mais



prevalentes neste estudo foram impetigo (7,8%), dermatites não especificadas (6,1%), Tinea capitis (5,1%), dermatite seborreica (3,4%), urticária (3,2%), pitíriase alba (3,1%), larva migrans (2,9%), escabiose (2,8%), Tinea corporis (2,4%), hemangioma (2,4%), verrugas plantares (2,3%), eczema de mãos e pés (2,1%), psoríase (2%), entre outros. Na grande maioria, não houve diferença na incidência das doenças em relação ao sexo, sendo que acne, angioma, granuloma anular, psoríase e escabiose foram mais comuns em meninas, e larva migrans e Tineas foram mais comuns em meninos. Os autores sugerem que estas diferenças são devidas às diferenças de comportamentos. Os meninos são mais expostos a doenças adquiridas fora de casa, como a larva migrans e as tineas. As meninas, por permanecerem mais tempo dentro de casa, são mais predispostas a doenças que se espalham com maior facilidade neste ambiente, como a escabiose. A acne, psoríase, granuloma anular e angioma parecem exercer uma maior preocupação estética entre as meninas. Os bebês do sexo masculino são afetados de forma mais precoce e com maior intensidade pela acne que os bebês do sexo feminino, já entre 10 e 12 anos, a acne é mais comum em meninas. Não há diferença na incidência quanto ao sexo entre os eczemas, sendo que estes foram divididos em 4 grupos: eczemas atópicos, eczemas não-classificados, eczemátides e eczema numular. O eczema atópico é o mais comum e se inicia mais cedo (7-8 meses) em relação aos outros grupos. No extremo oposto está o eczema numular, que é o menos frequente e tem início mais tardio (1 ano). Comparando-se o eczema seborreico e o eczema de mão e pé, o primeiro é o mais comum e precede o segundo na idade de início. A partir de 4 a 6 anos de idade, a incidência de eczemas vai declinando, aumentando

a incidência de psoríase e verrugas. O pico de incidência das tineas é aos 5 ou 6 anos, diminuindo progressivamente até a puberdade.

RUBIN e PARISH (1974) fizeram uma revisão dos arquivos de atendimento da Clínica de Dermatologia da Universidade da Pensilvânia nos anos de 1871 a 1874 e depois compararam todos os dados com aqueles obtidos entre os anos de 1967 a 1968. Eles analisaram 500 casos consecutivos entre 1871 a 1874, anotando a idade, sexo, ocupação, nacionalidade e diagnóstico. A média de idade dos pacientes foi de 30 anos, não tendo diferença significativa entre os sexos. Havia apenas duas pessoas da raça negra e um índio, sendo o restante da raça branca. Os diagnósticos mais comuns foram eczemas (43%), sífilis (10%), infecções de pele não fúngicas (8%), prurido (6%), lúpus (6%), doenças fúngicas (5%), acne vulgar (5%), nevus (3%), psoríase (3%), tumores em geral (2%) e parasitoses (2%), entre outros. Já entre os anos de 1967 a 1968 os seguintes diagnósticos foram encontrados: eczemas (31%), dermatofitoses (11%), acne vulgar (7%), psoríase (6%), verruga (4%), urticária (2%) e pitíriase rósea (2%). Os autores fazem uma análise da população entre 1871 e 1874, e comentam a pobreza dos registros clínicos da época. Comentam que a grande incidência de eczemas em geral reflete a ocupação dos pacientes, a maioria operários com trabalhos manuais. Além disso, na época, as lesões eram classificadas de acordo com a aparência, e não de acordo com a etiologia, por isso, os eczemas não eram subclassificados em tipos conforme o agente causal. Os casos de sífilis eram da doença secundária, terciária ou congênita, já que os casos de sífilis primária eram tratados numa clínica para doenças venéreas. Nos casos de infecções de pele, os autores notam a alta incidência de tuberculose cutânea e a raridade da verruga vulgar na época, este

último tão comum nos dias de hoje. Eles dizem ainda que a incidência da acne vulgar é oposta à da época atual, perfazendo apenas 5% dos casos vistos no período analisado. Sobre a psoríase, não havia grandes problemas diagnósticos, porém apresentava dificuldades no tratamento. Finalmente, sugerem que a baixa incidência de câncer de pele é relacionada à baixa expectativa de vida dos pacientes naquela época. Os autores acham que outro fator que contribuiu para esta baixa incidência é o fato de os casos de câncer em geral serem atendidos pelo cirurgião, sendo que em nenhum caso sequer foi realizada biópsia.

MASAWA e SAMITZ (1976) fizeram uma análise da situação da dermatologia em geral na Tanzânia, comentando os aspectos médicos, sociais e educacionais que envolvem esta especialidade. Apesar das estatísticas serem escassas naquele país, eles acreditam que 20 a 60% dos problemas médicos são relacionados a doenças de pele. A grande maioria das afecções cutâneas encontradas naquela região são infecciosas. Os autores comentam e discutem os problemas dos serviços de dermatologia da África tropical como a tradição colonial dos médicos que praticam Medicina naquele país, a ausência de treinamento específico em dermatologia, a falta de médicos capacitados e deficiências nos sistemas de saúde. Para melhorar a situação da dermatologia na Tanzânia, eles recomendam a educação da população sobre dermatologia como o passo mais importante. A seguir, sugerem a criação de serviços de prevenção de doenças cutâneas. Por último citam a necessidade de aprimorar o conhecimento da dermatologia na África tropical através de treinamentos e pesquisas.

MENDENHALL e colaboradores (1978) fizeram um estudo para avaliar a prática médica nos Estados Unidos, analisando diversas especialidades. Na

dermatologia eles puderam concluir que a especialidade é quase que exclusivamente ambulatorial sendo que os dermatologistas daquele país atendem, em média, 7000 pacientes por ano. Além disso, eles fizeram uma análise da distribuição geográfica destes especialistas nos Estados Unidos, e notaram que há uma má distribuição, onde mais de 50% dos dermatologistas estão nas grandes metrópoles, aonde vive 40% da população americana. Os autores analisaram ainda, a média de idade e horas de trabalho por semana dos dermatologistas, e número de pacientes atendidos por eles por semana. Eles notaram que os profissionais idosos trabalham um pouco menos, mas atendem um maior número de pacientes por semana, quando comparados aos dermatologistas menos experientes. A maioria dos pacientes atendidos pelos dermatologistas têm entre 5 e 24 anos (37,5%) e os pacientes com menos de 5 anos perfazem 1,9% das consultas. De um modo geral, as mulheres (57,8%) são mais vistas por dermatologistas que os homens. Os autores comprovaram que 87% dos motivos das consultas estão num grupo de 25 doenças. A acne é o principal motivo de consulta dermatológica (27%), seguida por verruga (6,7%), eczema (4,8%), psoríase (4,8%), queratose actínica (4,8%), carcinoma basocelular (4,5%), dermatite de contato (4,3%), infecção fúngica (3,5%), entre outros. Em 27% dos casos foi necessário algum tipo de procedimento diagnóstico sendo que a biópsia foi o procedimento mais utilizado (8,2%).

DESAI, JAGAVKAR e OBERAI (1985) realizaram um estudo epidemiológico das doenças de pele contagiosas nas comunidades pobres da Índia. Eles observaram que 90% das afecções de pele eram as contagiosas e que vitiligo, psoríase, líquen plano, verruga e molusco perfaziam os restantes dos 10%. Como doenças contagiosas os autores entendem escabiose, pediculose, tinea e

podermite. Eles encontraram uma prevalência de 0,2 a 44,6% nas comunidades pesquisadas, sendo que a escabiose foi o mais comum.

HONIG e BURKE (1986) fizeram um estudo sobre a especialidade de dermatologia pediátrica com o intuito de caracterizar melhor os profissionais desta área. Com os resultados de 173 questionários respondidos por dermatologistas pediátricos eles puderam tirar diversas conclusões. Eles notaram que a grande maioria foi treinada em dermatologia, seguido pelos médicos que tiveram formação em ambas as especialidades. Estes últimos têm média de idade inferior a quarenta anos, o que mostra que a formação dupla é um objetivo mais recente. A minoria dos dermatologistas pediátricos atendem só crianças, a não ser aqueles filiados a hospitais infantis. Os autores concluem o artigo afirmando que estes especialistas se encontram principalmente em instituições de ensino, são capacitados no atendimento de adultos e que as oportunidades de trabalho são limitadas, principalmente as de período integral. Eles comentam a necessidade da formação dupla e que um dermatologista com interesse em lesões de pele em crianças pode se tornar um bom profissional, podendo completar o seu treinamento com um estágio na pediatria.

ARORA, AGGARWAL & RAMAKRISHNAN (1989) estudaram 662 casos consecutivos de pedidos de consultas dermatológicas num hospital militar da Índia. Trezentos e trinta pacientes (49,8%) foram referidos da Clínica Médica e suas subespecialidades, 150 ou 22,7% das especialidades cirúrgicas, 65 casos (9,8%) da Pediatria, 30 casos ou 4,5% eram pacientes da Otorrinolaringologia, 24 (3,6%) pacientes da Oftalmologia, 24 (3,6%) foram referidos da Ginecologia & Obstetrícia, 21 casos ou 3,2% eram pacientes da Odontologia e 18 (2,7%) eram pacientes do

departamento de Psiquiatria. A maioria dos pacientes (50,3%) tinham entre 21 e 40 anos. Mais de 76% dos pacientes eram do sexo masculino. Os diagnósticos mais comuns foram sinais cutâneos de doenças sistêmicas (23%), dermatite/eczema (9,5%), reações a medicamentos (9,1%), infecções fúngicas superficiais (7,7%) (todas as infecções e infestações juntas somaram 27,3%), piodermas (4,5%) e complicações do tratamento (4,2%). Os autores enfatizam a importância do diagnóstico das lesões cutâneas como manifestações de doenças sistêmicas, o alto índice de infecções e infestações (27%) refletindo a condição sócio-econômica do país e o pequeno número de lesões por doenças do colágeno devido ao fato de os médicos em geral serem bastante familiarizados com este tipo de manifestação cutânea, só pedindo opinião dos dermatologistas nos casos mais complicados. Em 8,2% dos casos a biopsia foi realizada e ela demonstrou-se útil no diagnóstico de alguns casos, sendo que na grande maioria das vezes ela confirmou uma suspeita diagnóstica dos clínicos.

RASMUSSEN (1992) escreveu um artigo de revisão sobre a evolução da dermatologia pediátrica na última década (1982-1992). Ele comenta os principais avanços desta especialidade neste período. O autor faz algumas previsões no futuro da dermatologia pediátrica, e acha que os principais avanços ocorrerão na terapia gênica, medicina fetal, doenças infecciosas, AIDS, eczema atópico, carcinogênese e quimioprofilaxia. Ele espera também o ressurgimento de doenças como o sarampo, sífilis e tuberculose.

O'GRADY (1992) escreveu um artigo de revisão ilustrado com as principais lesões de pele encontradas em crianças. As ilustrações são acompanhadas por um pequeno texto descritivo, com informações básicas sobre as lesões, às vezes

comentando as formas de tratamento. O autor comenta 29 lesões: mancha mongólica, nevo azul, nevo de Spitz, nevo de Becker, granuloma piogênico, nevo com halo, nevo melanocítico congênito, melanoma, molusco contagioso, quelite por *Candida*, herpes simples, *tinha corporis e capitis*, psoríase gutata, eczema, nevo verrucoso, aplasia congênita da cutis, síndrome de Peutz-Jeghers, epidermólise bolhosa simples, granuloma anular, quelóide, tricotilomania, urticária papular, pilomatricoma, alopecia areata, dentes manchados por tetraciclina, urticária e eritema nodoso.

SHIVARAM, CHRISTOPH & HAIDEN (1993) analisaram 1381 visitas consecutivas num serviço de emergência pediátrica da Virgínia, EUA, por 6 semanas consecutivas. Os autores comentam a frequência das lesões de pele como principal queixa em um serviço de emergência, que varia de 4 a 12% dos casos, dependendo do estudo. Dos casos atendidos no serviço de emergência estudado, 31,2% tinham como queixa principal algum tipo de lesão de pele, 2,5% apresentavam-na como queixa secundária, e em 6,4% dos casos houve um achado incidental de lesões cutâneas. Juntas, as lesões de pele foram encontradas em 40,1% das visitas de emergência pediátrica. Traumas cutâneos foram os principais achados, isto é, mais de 50% dos casos, incluindo lacerações, abrasões e equimoses. Outras lesões comuns foram infecções, dermatite de contato, infestações e mordida de insetos. Os autores comentam a variabilidade sazonal que pode ocorrer no tipo das queixas num serviço de emergência. Eles acreditam que a quantidade de lesões de pele no estudo foi subestimada, já que as crianças podiam ter mais de uma lesão, diferentes entre si, ou lesões associadas, e que no estudo foi computada apenas a lesão mais importante. Shivaram, Christoph e Haiden afirmam que a natureza das lesões de

pele encontradas num serviço de emergência pediátrica é diferente daquelas encontradas numa clínica de pediatria geral, por exemplo. Nesta última, é muito mais frequente queixas do tipo dermatite atópica ou da fralda.

KROWCHUK, BRADHAM & FLEISCHER (1994) analisaram os diagnósticos dermatológicos do ano de 1990 obtidos em um estudo nacional americano que é conduzido todos os anos e que tem por função compilar dados referentes à prática médica americana (*National Ambulatory Medical Care Survey*). Naquele ano, 163,3 milhões de consultas médicas foram de pacientes com menos de 18 anos, destes, 78% eram crianças com menos de 12 anos. Não houve diferença entre os sexos e a raça branca foi a predominante. Em quase 10% destas consultas, a queixa principal ou secundária da procura de assistência médica foi algum problema de pele. Os diagnósticos mais comuns foram infecção viral, dermatite de contato, infecções bacterianas, infecções fúngicas e acne. Os autores puderam comprovar que as doenças de pele são identificadas numa significativa proporção das consultas médicas de crianças, a maioria delas com pediatras. Eles notaram que a grande maioria dos diagnósticos podiam ser agrupadas em poucas categorias, como infecções virais, bacterianas, etc. Eles comentam também as dificuldades de um estudo tão grande, com as possíveis falhas nos resultados.

FALANGA et al (1994) fizeram um estudo sobre as consultas dermatológicas dentro do hospital universitário de Miami. Num período de oito meses, eles examinaram 591 pacientes internados com lesões cutâneas e para os quais foram solicitadas consultas com o dermatologista. Este número representou 0,93% dos pacientes hospitalizados e 0,16% dos pacientes atendidos no serviço de emergência. Não houve diferença estatística quanto ao sexo dos pacientes, 51%



deles tinham menos de 45 anos e 22% tinham até 18 anos. Quatorze por cento das consultas foram solicitadas pela pediatria, a clínica médica solicitou 39% das consultas, seguida pelo departamento de emergência de adultos, com 16%. Quanto aos diagnósticos primários não-dermatológicos, a AIDS e as doenças neurológicas foram as mais prevalentes, com 18 e 11%, respectivamente. A biópsia foi realizada em 205 casos. Eles puderam comprovar que em mais de 60% dos casos os dermatologistas contribuíram para o diagnóstico correto e/ou influenciaram no tratamento antes estabelecido. Todos os serviços que solicitaram consultas dermatológicas tiveram índices de acerto diagnóstico semelhantes entre si. O motivo de consulta mais comum foi erupção por droga (8,8%), dermatite atópica (5,1%), herpes simples (5,1%), dermatofitose (3,2%), dermatite de contato (3,2%), entre outros. Na categoria de erros diagnósticos, os clínicos mais erraram nas dermatites, infecções bacterianas, erupções e alergias por drogas, infecções virais e outros. Os autores afirmam que as consultas dermatológicas a pacientes internados em hospitais são muito úteis no diagnóstico e tratamento das lesões, já que em muitos casos, doenças cutâneas comuns necessitaram de uma segunda opinião.

OWEN, MAEYENS e WEARY (1997) realizaram uma pesquisa para avaliar a opinião dos pacientes sobre a especialidade de dermatologia. Cento e cinquenta pacientes responderam a um questionário sigiloso com perguntas sobre a sua consulta numa clínica dermatológica. Os autores comprovaram que a grande maioria dos pacientes prefere consultar-se com dermatologistas que com médicos generalistas quando apresentam lesões de pele.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 EXPERIMENTO I – A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA**

#### **4.1.1 Casuística**

Dez fetos provenientes da rotina de material cirúrgico do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas, UFPR, no ano de 1997 foram selecionados. Todos os fetos foram fixados em formalina a 10% por período superior a 2 semanas, sendo de diferentes idades gestacionais, agrupados em 2 classes com 5 espécimes cada: 1º trimestre (Classe I) com idades gestacionais entre 1 a 12 semanas e 2º trimestre (Classe II) com idades gestacionais entre 13 a 24 semanas. Foram também selecionados 5 natimortos/recém-natos (0 a 28 dias) com idades gestacionais entre 25 a 40 semanas (Classe III) e 3 crianças entre 1 mês e 15 anos de vida (classe IV), todos provenientes da Seção de Necrópsia do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas, UFPR, no ano de 1997.

Todos os feto, natimortos e recém-natos incluídos neste estudo eram de mães que realizaram pré-natal com exames de rotina, tais como tipagem sanguínea, sorologia para VDRL, no mínimo 3 ecografias e investigação para doenças gestacionais mais comuns tais como doença hipertensiva e diabetes. As três crianças selecionadas não tinham qualquer doença de pele ou doenças sistêmicas com manifestações cutâneas. Todos os pacientes deste estudo foram submetidos a

exame necroscópico completo e detalhado, sendo que não havia evidências de doenças de pele ou doenças sistêmicas com manifestações cutâneas

Todos os fetos, natimortos e recém-natos escolhidos foram pesados em gramas em uma mesma balança Hobart-Dayton - 801, e as medidas do comprimento pubo-vértice foram tomadas em centímetros através de uma mesma fita métrica (vide tabela 1) A partir destes dados as idades gestacionais foram calculadas utilizando-se como base tabelas pré-elaboradas de uso corrente (BERRY, 1995)

**TABELA 1: RELACIONA A IDADE GESTACIONAL DOS FETOS (FE), NATIMORTOS (NM), RECÉM-NATOS (RN), PRÉ-ESCOLARES, (PE) E ADOLESCENTES (AD) A PARTIR DO COMPRIMENTO PUBO-VÉRTICE E DO PESO EM GRAMAS.**

CASO	CLA	GR	IG	TV	SEXO	PESO	PV
1	II	FE	13	-	F	70	11,0
2	I	FE	10	-	M	20	6,7
3	I	FE	12	-	M	50	9,0
4	II	FE	17	-	F	240	16,0
5	II	FE	17	-	M	250	14,0
6	II	FE	20	-	M	460	19,5
7	I	FE	11	-	M	30	7,5
8	I	FE	9	-	M	10	5,5
9	I	FE	5	-	F	3,5	1,3
10	II	FE	23	-	F	650	23,0
11	III	NM	25	-	F	800	24,0
12	III	NM	25	-	F	850	24,0
13	III	NM	27	-	M	1 050	27,0
14	III	RN	28	2h	M	1 210	29,0
15	III	RN	31	2n	M	1 700	31,0
16	IV	PE	-	1 a	F	-	-
17	IV	PE	-	2 a	F	-	-
18	IV	AD	-	14 a	F	-	-

Legenda CASO - numero do caso, CLA - classes, GR - classificação em grupos conforme o tempo de vida sendo FE = feto, NM = natimorto, RN = recém-nascido ou neomorto, PE = pré-escolar e AD = adolescente, IG - idade gestacional em semanas, TV - tempo de vida em horas (h) e em anos (a), PV - comprimento pubo-vértice em centímetros, PESO - peso em gramas

#### 4.1.2 Método

A amostragem de pele para estudo embriológico foi realizada na região interna da raiz da coxa direita de onde retirou-se 1 fragmento de pele medindo 1x0,5cm, que foi fixado em formalina a 10% por uma semana. Nos casos da classe IV (n=3) foram ainda colhidos fragmentos do couro cabeludo (ápice da cabeça), abdome (região mediana, próximo ao umbigo), sola do pé direito (calcanhar) e axila direita, todos com 1X0,5cm (GORDON, 1982, ELENITSAS, VAN BELLE e ELDER, 1997)

O estudo da embriologia da pele conta, então, com 30 fragmentos de pele distribuídos conforme a tabela 2, que foram processados conforme as técnicas histológicas convencionais, observando-se que no momento da inclusão, a face dermoepidérmica do fragmento fique voltada para a face de corte do bloco (GORDON, 1982, GORDON e BRADBURY, 1982 ELENITSAS, VAN BELLE e ELDER, 1997)

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRAGEM DOS CASOS DO EXPERIMENTO I SEGUNDO O NÚMERO DE FRAGMENTOS E O LOCAL DE RETIRADA . SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR, 1997**

CAS O	COXA DIREITA (c)	COURO CABELUDO (b)	SOLA DO PÉ (p)	AXILA (x)	ABDOME (d)
1	1fragmento(1c)	-	-	-	-
2	1 fragmento(2c)	-	-	-	-
3	1 fragmento(3c)	-	-	-	-
4	1 fragmento(4c)	-	-	-	-
5	1 fragmento(5c)	-	-	-	-
6	1 fragmento(6c)	-	-	-	-
7	1 fragmento(7c)	-	-	-	-
8	1 fragmento(8c)	-	-	-	-
9	1 fragmento(9c)	-	-	-	-
10	1 fragmento(10c)	-	-	-	-
11	1 fragmento(11c)	-	-	-	-
12	1 fragmento(12c)	-	-	-	-
13	1 fragmento(13c)	-	-	-	-
14	1 fragmento(14c)	-	-	-	-
15	1 fragmento(15c)	-	-	-	-
16	1 fragmento(16c)	1 fragmento(16b)	1 fragmento(16p)	1 fragmento(16X)	1 fragmento(16d)
17	1 fragmento(17c)	1 fragmento(17b)	1 fragmento(17p)	1 fragmento(17x)	1 fragmento(17d)
18	1 fragmento(18c)	1 fragmento(18b)	1 fragmento(18p)	1 fragmento(18x)	1 fragmento(18d)
Total (30)	18	3	3	3	3

Legenda o numero entre parênteses indica o numero do caso e a letra minuscula indica o local de onde o fragmento foi tirado Esta combinação foi usada para identificar os blocos e as lâminas deste estudo

Foram realizados 2 cortes consecutivos com intervalos de 4 micrômetros através de micrótomo American Optical Spencer - 820, sendo colocados em uma única lâmina de vidro tratada com albumina, corados em hematoxilina-eosina e montados com bálsamo e lamínula, conforme técnicas histológicas convencionais, obtendo-se assim 30 lâminas, cada uma com 2 cortes (GORDON, 1982, GORDON e BRADBURY, 1982, STEVENS, 1982, ELENITSAS, VAN BELLE e ELDER, 1997)

Os preparados foram observados em microscópio trinocular Olympus BH2 e fotografados em máquina fotográfica Olympus C-35DA-2, acoplada a este

## 4.2 EXPERIMENTO II – A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS

### 4.2.1 Casuística

O Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas de Curitiba - UFPR, realizou entre os anos de 1990 e 1995, 55 100 exames de patologia cirúrgica incluindo adultos e crianças, pequenas biópsias endoscópicas e ambulatoriais, peças cirúrgicas de médio porte tais como apêndices vermiformes e vesículas biliares e peças radicais oncológicas tais como mastectomias e panhisterectomias

A partir destes 55 100 exames, a Unidade de Patologia Pediátrica e Perinatal (UPPP), através da consulta dos livros de registro de exames do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas de Curitiba – UFPR, elaborou um Banco de Dados de Patologia Cirúrgica Pediátrica com 2755 casos consecutivos de biópsias na faixa etária pediátrica (0 a 15 anos) entre os anos de 1990 a 1995. A partir deste banco foram retirados 662 casos de biópsias de pele e tecido celular subcutâneo (TCSC) de crianças entre 0 e 15 anos, diagnosticados entre 1990 e 1995, criando-se, assim, o Banco de Dados de Dermatopatologia Pediátrica

### 4.2.2 Métodos:

Todos as requisições dos casos de dermatopatologia pediátrica (n=662) foram separadas do Arquivo Geral do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas de Curitiba – UFPR. Os dados contidos nestas requisições foram tabulados em

programa de organização de planilhas Microsoft Excel e os seguintes itens foram coletados sexo, idade, material biopsiado, patologista e diagnósticos anatomopatológicos

A idade foi registrada em dias, meses e em anos completos, isto é, os pacientes com, por exemplo, 10 anos e 7 meses, foram registrados com 10 anos na planilha de dados, os pacientes com 38 dias foram registrados com 1 mês na planilha de dados, e assim por diante. Após o registro de todas as idades conforme as regras estipuladas acima, as crianças foram classificadas em 5 grupos etários: recém-natos que compreende as crianças de 0 a 28 dias, lactentes com crianças de 29 dias a 11 meses de idade, pré-escolares com crianças de 1 a 6 anos, escolares incluindo crianças de 7 a 13 anos e adolescentes com 14 e 15 anos de idade.

O material biopsiado foi classificado como pele ou tecido celular subcutâneo.

O Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas conta com 15 patologistas gerais atuantes e responsáveis pelo material cirúrgico, 6 residentes envolvidos em macro e microscopia, sob orientação direta dos patologistas, além de pós-graduandos de diversas especialidades e doutorandos em estágio eletivo. Todos estes profissionais estão em contato com o material analisado no Serviço de Anatomia Patológica, e, de forma direta ou indireta, influenciam no diagnósticos anatomopatológicos emitidos neste serviço, contribuindo para grande diversidade diagnóstica. Além disso, a equipe de profissionais do Serviço de Anatomia Patológica conta com um dermatopatologista que emite opiniões diagnósticas complementares na grande maioria dos casos de dermatopatologia deste serviço.

Os diagnósticos inicialmente emitidos pelos patologistas gerais foram compilados e posteriormente revisados pela mestrandia e pelo dermatopatologista.

atuante no serviço com experiência na área pediátrica. Para tanto, as lâminas, coradas por colorações de rotina e especiais, dos 662 casos, foram separadas do arquivo geral do Serviço de Anatomia. Durante a revisão, o dermatopatologista teve acesso somente a requisição do exame com os dados clínicos sumários contidos nesta, isto é, aos mesmos dados que o patologista geral teve acesso durante a elaboração do diagnóstico inicial. O dermatopatologista não teve acesso ao prontuário do paciente.

Os diagnósticos de revisão elaborados pelo dermatopatologista foram compilados na planilha de dados e posteriormente classificados em 15 grupos nosológicos como demonstra o quadro 1 (ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997).

Uma análise epidemiológica da população estudada foi efetuada, correlacionando-se sexo, idade, grupos etários e grupos nosológicos.

Uma comparação entre os diagnósticos inicialmente emitidos e aqueles de revisão foi estabelecida e o índice de concordância foi calculado.



**QUADRO 1 – RELACIONA OS 15 GRUPOS UTILIZADOS PARA CLASSIFICAR OS CASOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662) DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. 1990 A 1995.**

Grupo 1	pólipos e apêndices cutâneos
Grupo 2	Inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais
Grupo 3	Genodermatoses
Grupo 4	Agentes externos/erupções devido a drogas
Grupo 5	Doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas
Grupo 6	Doenças escamosas, papulosas e entematosas
Grupo 7	Doenças vasculares
Grupo 8	Doenças granulomatosas não infecciosas
Grupo 9	Doenças infecciosas
Grupo 10	normal/alterações mínimas
Grupo 11	Doenças do tecido conjuntivo/paniculites
Grupo 12	Lesões melânicas/distúrbios pigmentares
Grupo 13	Lesões císticas
Grupo 14	Neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias
Grupo 15	Outros

Modificado do Lever's histopathology of the skin, David Elder, 1997

## 5 RESULTADOS

### 5.1 EXPERIMENTO I – A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA

Os resultados dos experimento I estão apresentados nas fotomicrografias de número 1 a 32, ordenadas por idades gestacionais ou tempo de vida pós-natal

O quadro 2 sumariza os principais achados histológicos do experimento I

**QUADRO 2 – SUMARIO DOS PRINCIPAIS EVENTOS EMBRIOLÓGICOS DA PELE HUMANA EM FETOS, NATIMORTOS E RECÉM-NATOS. HISTOLOGIA E VARIAÇÕES ANATÔMICAS NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA PÓS-NATAL. SEÇÃO DE NECRÓPSIA DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR, 1997 (n = 18).**

NC	ID	EPIDERME	DERME HIPODERME	ANEXOS CUTÂNEOS	VASOS E NERVOS	MELANO CITOS/ LANGER HANS
9	5 sem	Periderme com 2 camadas – uma de células basais e outra de células superficiais achatadas	Sem diferenciação entre derme e hipoderme, alta celularidade no mesênquima primitivo abaixo da periderme	Ausentes	Presentes, porém primitivos não há diferenciação entre artérias e veias	Ausentes
8	9 sem	Presença de camada intermediária rica em glicogênio em meio as duas camadas da periderme				

Legenda NC = numero do caso e ID = idade gestacional ou tempo de vida

Continuação do quadro 2

NC	ID	EPIDÉRME	DERME/ HIPODERME	ANEXOS CUTÂNEOS	VASOS E NERVOS	MELANO CITOS/ LANGER HANS
2	10 sem	Presença de camada intermediária rica em glicogênio em meio as duas camadas da periderme	Com diferenciação entre derme e hipoderme, celularidade ainda mais baixa no mesênquima primitivo, presença das primeiras fibras colágenas	Ausentes	Presentes porém primitivos, não há diferenciação entre artérias e veias	Ausentes
7	11 sem			Presença dos primeiros aglomerados de células basais e mesenquimais na junção dermoepidérmica que dará origem a futura papila do folículo piloso primitivo		
3	12 sem		Com diferenciação entre derme e hipoderme presença das fibras colágenas	Presença de papilas de folículos pilosos primitivos na junção dermoepidérmica	Há alguma diferenciação entre artérias e veias e os vasos linfáticos já estão presentes	Presença de algumas células de Langerhans
1	13 sem		Aparece também o início da diferenciação entre derme papilar e a reticular celularidade ainda mais baixa no mesênquima primitivo presença das fibras colágenas	Presença de papilas de folículos pilosos e de aglomerados de células basais independentes do mesênquima que darão origem o glândula ecrina		

Legenda NC = número do caso e ID = idade gestacional ou tempo de vida

Continuação do quadro 2

NC	ID	EPIDERME	DERME/ HIPODERME	ANEXOS CUTÂNEOS	VASOS E NERVOS	MELANÓCI TOS/ LANGER HANS
4/5	17 sem	Presença de camada intermediária na em glicogênio em meio as duas camadas da periderme	Aparece a diferenciação entre derme papilar e a reticular, presença das fibras colágenas	Presença de papilas de folículos pilosos e de glândulas écnas primitivas, já descendo para a derme reticular	Há algumas diferenças entre o plexo arterial na derme reticular superficial e o venoso profundo. Filetes nervosos bem maduros	Melanócitos presentes na camada basal e células de Langerhans na epiderme
6	20 sem	Presença de camada granulosa e cornea primitiva acima da camada intermediária. Periderme está em descamação	Diferenciação quase completa entre derme papilar e reticular e hipoderme	Presença dos 3 brotamentos no pelo que darão origem a glândula apócrina sebácea e ao local de implantação do músculo eretor	Diferenciação quase completa entre os plexos arterial e venoso. Filetes nervos bem maduros	Melanócitos presentes na camada basal e alguns já ao redor a papila do folículo piloso
10	23 sem	Epiderme já completamente formada	Diferenciação completa entre derme papilar com papilas dérmicas reticular e hipoderme	Anexos quase maduros com presença de pouca secreção nas glândulas apócrinas écnas e sebáceas		
11/12	25 sem					

Legenda NC = número do caso e ID = idade gestacional ou tempo de vida

Continuação do quadro 2

NC	ID	EPIDERME	DERME/ HIPODERME	ANEXOS CUTÂNEOS	VASOS E NERVOS	MELANÓ CITOS/ LANGER HANS
13	27 sem	Epiderme já completamente formada	Diferenciação completa entre derme papilar com papilas dérmicas, reticular e hipoderme	Anexos quase maduros com presença de mais secreção nas glândulas apócrinas, ecrinas e sebáceas	Diferenciação completa entre os plexos arterial e venoso. Filotes nervos maduros	Presentes na camada basal e ao redor da papila do pelo
14	28 sem	Epiderme muito semelhante ao da criança de termo	Diferenciação completa da derme e da hipoderme	Anexos maduros	Diferenciação completa do plexos sanguíneos e nervosos	Semelhante a criança de termo
15	31 sem			Anexos maduros com abundante secreção e glândulas apócrinas involuídas		
16/17 18	1/2/14 anos	Epiderme um pouco mais espessada que na vida intra-uterina	Papilas dérmicas mais pronunciadas e mais colágeno na derme em comparação com a vida intra-uterina	Secreção mais abundante e glândulas apócrinas mais involuídas em relação à vida intra-uterina	Maior vascularização em relação à vida intra-uterina	Mais melanina e mais células de Langerhans em relação à vida intra-uterina

Legenda NC = número do caso e ID = idade gestacional ou tempo de vida

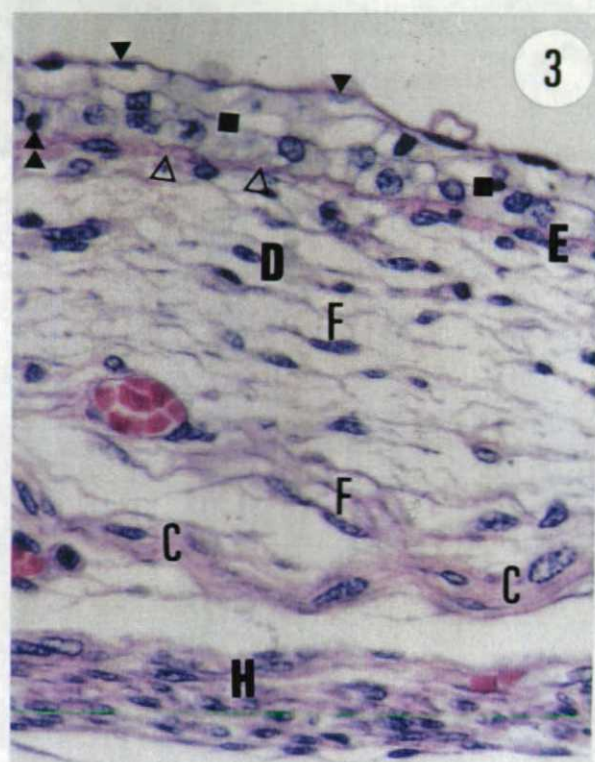
### 5.1.1 – A vida intra-uterina e a seqüência embriológica da pele humana

#### 5.1.1.1 O primeiro trimestre de gestação (fotomicrografias de 1 a 5)



FOTOMICROFRAGIA 1 – EPIDERME PRIMITIVA COM PERIDERME REPRESENTADA POR CAMADA DE CÉLULAS SUPERFICIAIS ACHATADAS (▸) E CÉLULAS BASAIS GERMINATIVAS (▹). INTERFACE DERMOEPIDÉRMICA PLANA (E) E DERME PRIMITIVA (D) COM GRANDE NÚMERO DE CÉLULAS MESENQUIMAIS PRIMITIVAS ESTRELADAS (Δ), ESTROMA MUCÓIDE E VASOS SANGUÍNEOS (V) COM HEMÁCIAS NUCLEADAS. AUSÊNCIA DE ANEXOS CUTÂNEOS. OS VASOS SANGUÍNEOS (V) ESTÃO PRESENTES DESDE AS PRIMEIRAS SEMANAS DE GESTAÇÃO, PORÉM NÃO HÁ DIFERENCIAÇÃO ENTRE RAMOS ARTERIAIS E VENOSOS. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 9 REPRESENTADO POR FETO COM 5 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

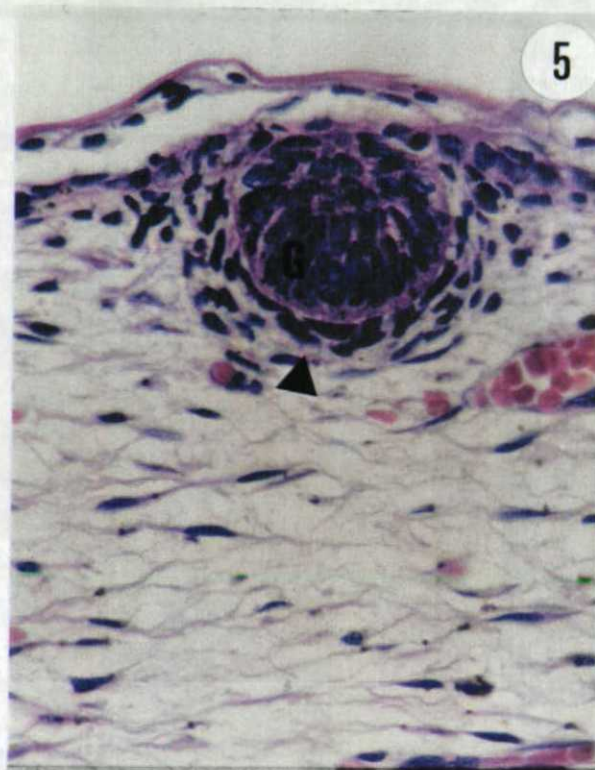
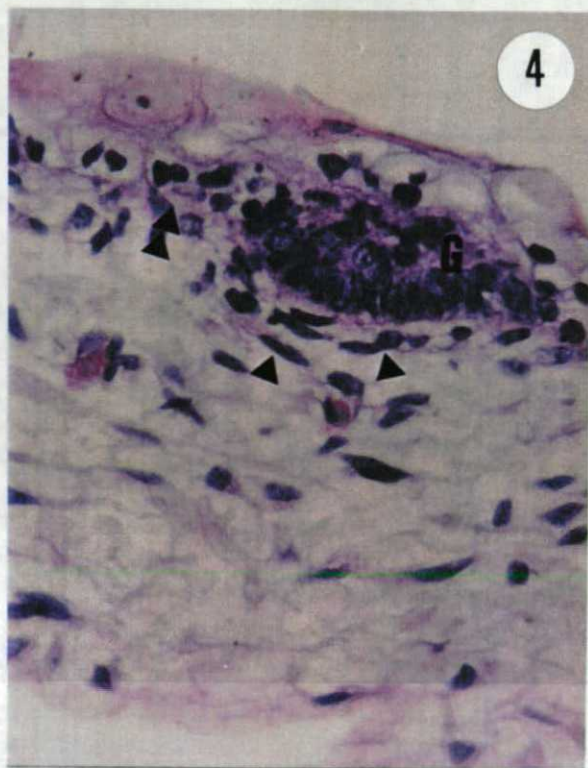




FOTOMICROGRAFIA 2 - EPIDERME PRIMITIVA FORMADA POR PERIDERME REPRESENTADA POR CAMADA DE CÉLULAS SUPERFICIAIS ACHATADAS (▶), CAMADA DE CÉLULAS GRANDES INTERMEDIÁRIAS, RICAS EM GLICOGÊNIO (■) E CÉLULAS BASAIS GERMINATIVAS (▶▶). INTERFACE DERMOEPIDÉRMICA PLANA (E) E DERME PRIMITIVA (D) COM UM NÚMERO UM POUCO MENOR DE CÉLULAS CÉLULAS MESENQUIMAIS PRIMITIVAS ESTRELADAS (Δ), ESTROMA MUCÓIDE E VASOS (V) COM ALGUMAS HEMÁCIAS NUCLEADAS E OUTRAS JÁ ANUCLEADAS. AUSÊNCIA DE ANEXOS CUTÂNEOS. NÃO HÁ DIFERENCIAÇÃO EVIDENTE ENTRE DERME PAPILAR, DERME RETICULAR E HIPODERME. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 8 REPRESENTADO POR FETO COM 9 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 3 - EPIDERME PRIMITIVA FORMADA POR PERIDERME REPRESENTADA POR CAMADA DE CÉLULAS SUPERFICIAIS ACHATADAS (▶), CAMADA DE CÉLULAS GRANDES INTERMEDIÁRIAS, RICAS EM GLICOGÊNIO (■) E CÉLULAS BASAIS GERMINATIVAS (▶▶). INTERFACE DERMOEPIDÉRMICA PLANA (E) COM MEMBRANA BASAL BEM EVIDENTE (Δ) E DERME PRIMITIVA (D) COM ALGUMAS CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTRELADAS (Δ), ESTROMA MUCÓIDE E PRESENÇA ALGUMAS BANDAS COLÁGENAS DELICADAS (C). HÁ ALGUMA DIFERENCIAÇÃO ENTRE A DERME E A HIPODERME PRIMITIVA (H). A CELULARIDADE DA DERME VAI DIMINUINDO A MEDIDA QUE O FETO VAI CRESCENDO E A DIFERENCIAÇÃO DAS CÉLULAS MESENQUIMAIS PRIMITIVAS ESTRELADAS EM FIBROBLASTOS PRIMITIVOS (F) PROPICIA A PRODUÇÃO DAS PRIMEIRAS FIBRAS COLÁGENAS (C). AUSÊNCIA DE ANEXOS CUTÂNEOS. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 2 REPRESENTADO POR FETO COM 10 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.



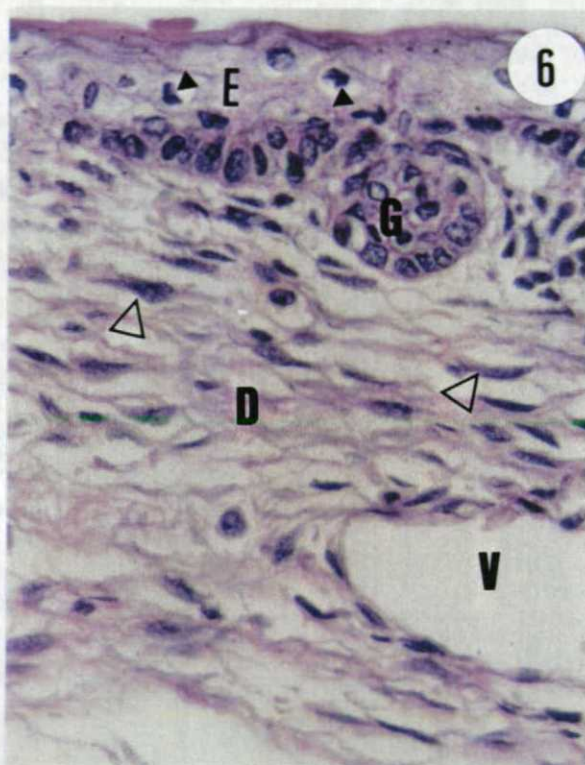


FOTOMICROGRAFIA 4 - AGLOMERADOS DE CÉLULAS GERMINATIVAS (G) E DE CÉLULAS MESENQUIMAIS PRIMITIVAS (▸) LOCALIZADOS NA INTERFACE DERMOEPIDÉRMICA (▹) QUE DARÃO ORIGEM A FUTURA UNIDADE PILO-SEBÁCEA-APÓCRINA. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 7 REPRESENTADO POR FETO COM 11 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 5 - PAPILA DO FOLÍCULO PILOSO PRIMORDIAL FORMADA POR AGLOMERADO DE CÉLULAS GERMINATIVAS (G) CIRCUNDADO POR CÉLULAS MESENQUIMAIS PRIMITIVAS (▸). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 3 REPRESENTADO POR FETO COM 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

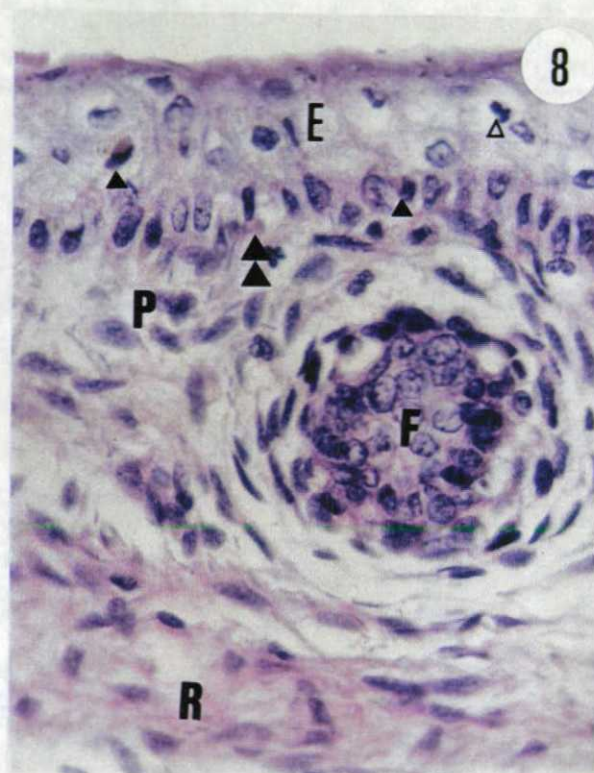
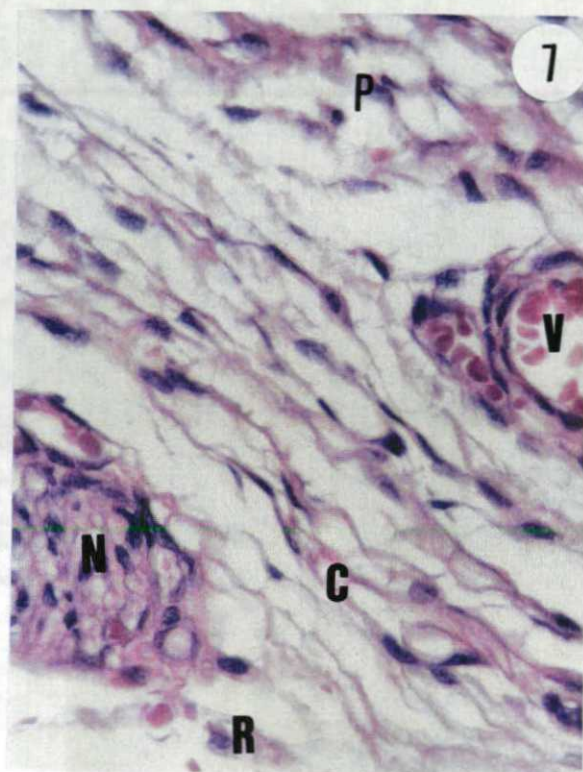


### 5.1.1.2 O segundo trimestre de gestação (fotomicrografias de 6 a 14)



FOTOMICROGRAFIA 6 – FOCO DE PROLIFERAÇÃO DE CÉLULAS GERMINATIVAS (G), INDEPENDENTES DAS CÉLULAS MESENQUIMAIS (Δ). ESTA ESTRUTURA PRIMITIVA DARÁ ORIGEM A FUTURA GLÂNDULA ÉCRINA. VASOS LINFÁTICOS (V) JÁ ESTÃO PRESENTES NA DERME (D), A QUAL AINDA NÃO APRESENTA DIFERENCIAÇÃO ENTRE DERME PAPILAR E RETICULAR. ALGUMAS CÉLULAS DE LANGERHANS (▸) JÁ ESTÃO PRESENTES NA EPIDERMIS (E). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 1 REPRESENTADO POR FETO COM 13 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

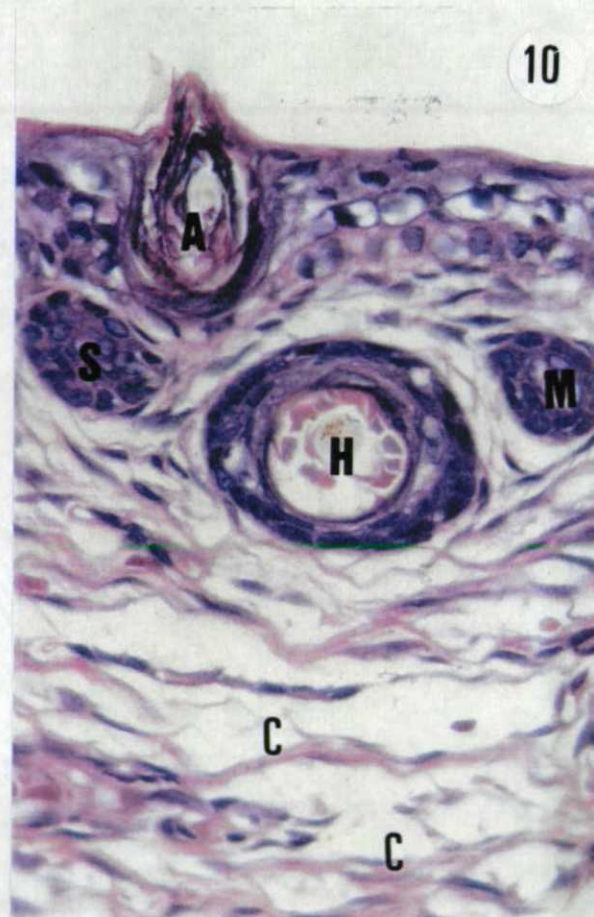
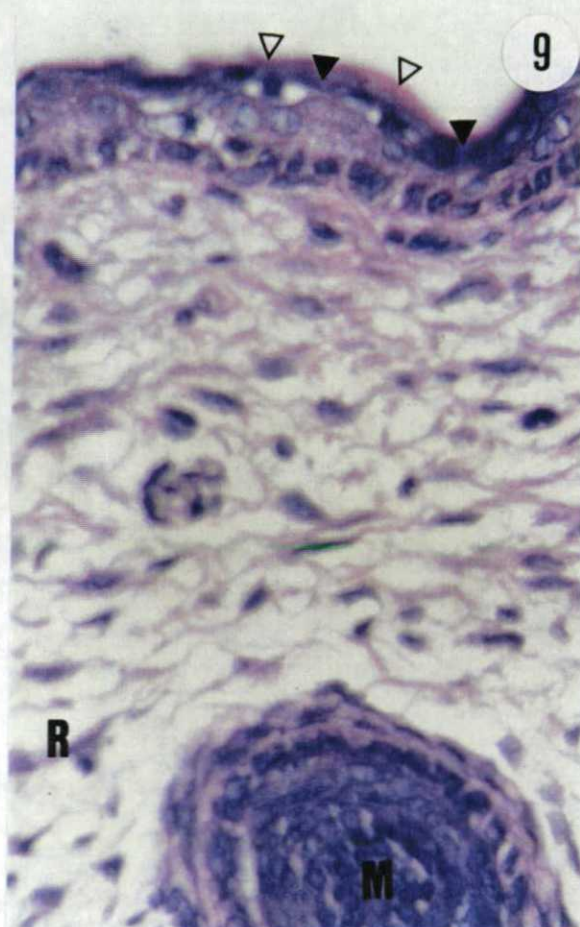




FOTOMICROGRAFIA 7 - DERME APRESENTANDO ESBOÇO DE DIFERENCIAÇÃO ENTRE OS COMPARTIMENTOS PAPILAR (P) E RETICULAR (R). FILETE NERVOSO (N) NA DERME RETICULAR PROFUNDA E VASO SANGUÍNEO (V) NA SUA PORÇÃO MAIS SUPERFICIAL - FUTURO PLEXO ARTERIAL LOCALIZADO NESTA REGIÃO. NOTE A PRESENÇA DE UM NÚMERO MAIOR DE FIBRAS COLÁGENAS (C) E UMA DIMINUIÇÃO DE CELULARIDADE EM RELAÇÃO AOS CASOS ANTERIORES. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 4 REPRESENTADO POR FETO COM 17 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 8 - MELANÓCITOS NA JUNÇÃO DERMOEPIDÉRMICA (») COM PRODUÇÃO DE MELANINA (» ). CÉLULAS DE LANGERHANS (Δ) NA EPIDERME (E). PAPILA DE FOLÍCULO PILOSO PRIMORDIAL (F) NA DERME PAPILAR (P) PORÉM JÁ SE DESLOCANDO (OBSERVE O DISTÂNCIAMENTO EM RELAÇÃO A JUNÇÃO DERMOEPIDÉRMICA) EM DIREÇÃO A DERME RETICULAR (R). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 5 REPRESENTADO POR FETO COM 17 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

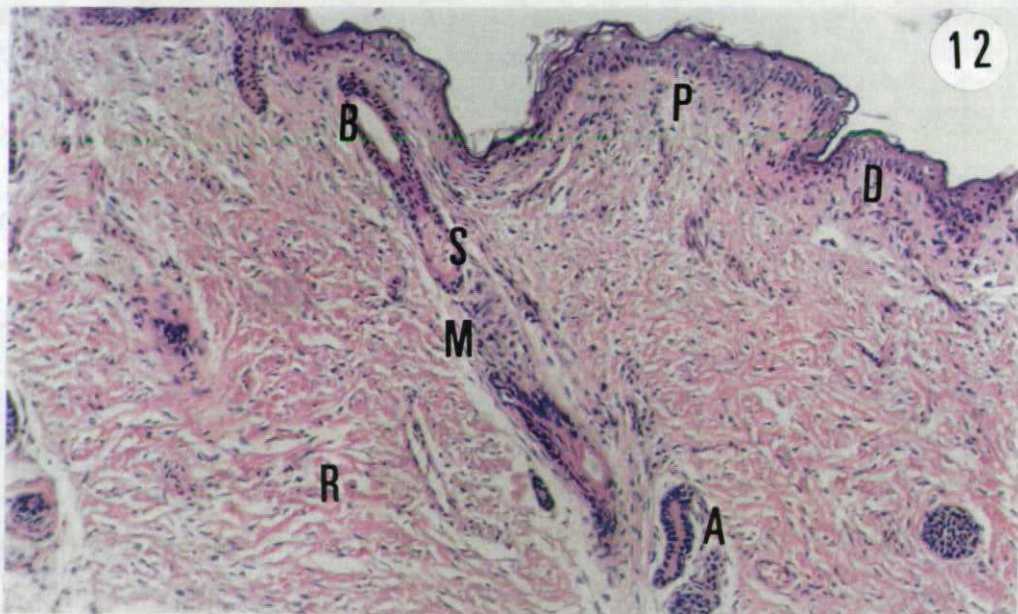
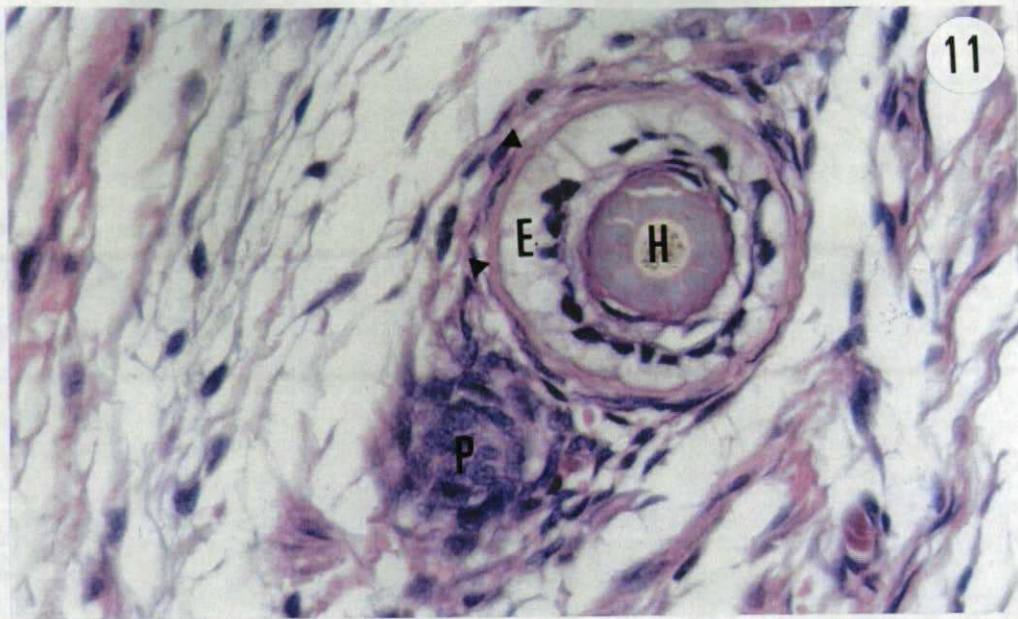




FOTOMICROGRAFIA 9 – EPIDERME PRIMITIVA APRESENTANDO PELA PRIMEIRA VEZ CAMADAS GRANULOSA (▸) E Córnea (Δ). BULBO DO FOLÍCULO PILOSO COM CÉLULAS MATRICIAIS PRIMITIVAS (M) JÁ LOCALIZADO NA DERMIS RETICULAR (R). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 10 – FOLÍCULO PILOSO COM ACROTÍQUIO (A) POR ONDE EMERGE A HASTE DO PELO (H), BROTAMENTO SUPERIOR QUE DARÁ ORIGEM A GLÂNDULA APÓCRINA (S) E BROTAMENTO MEDIANO QUE DARÁ ORIGEM A GLÂNDULA SEBÁCEA (M). DERMIS RETICULAR JÁ COM INÚMERAS BANDAS COLÁGENAS (C). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

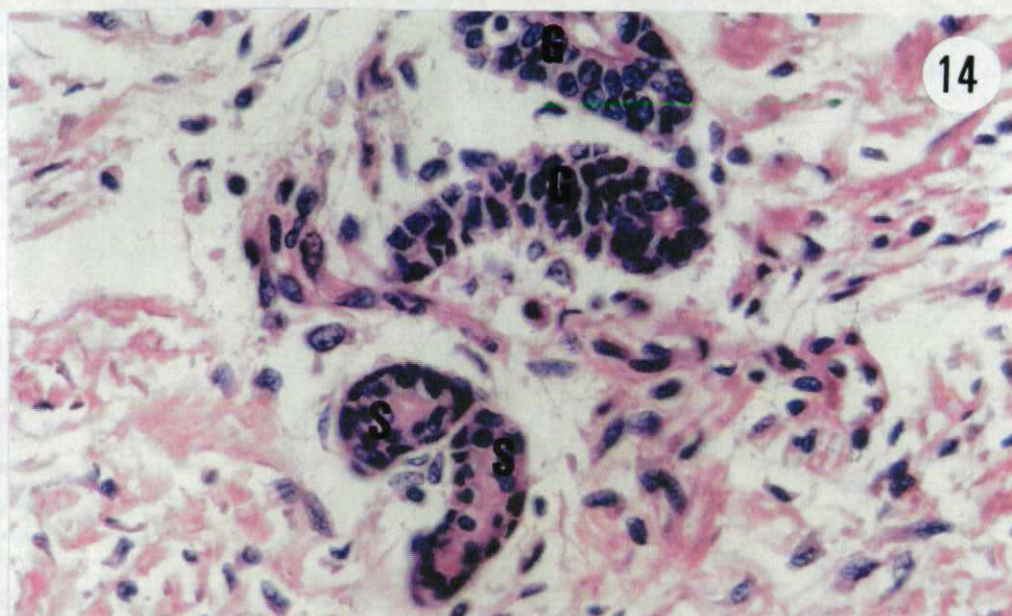
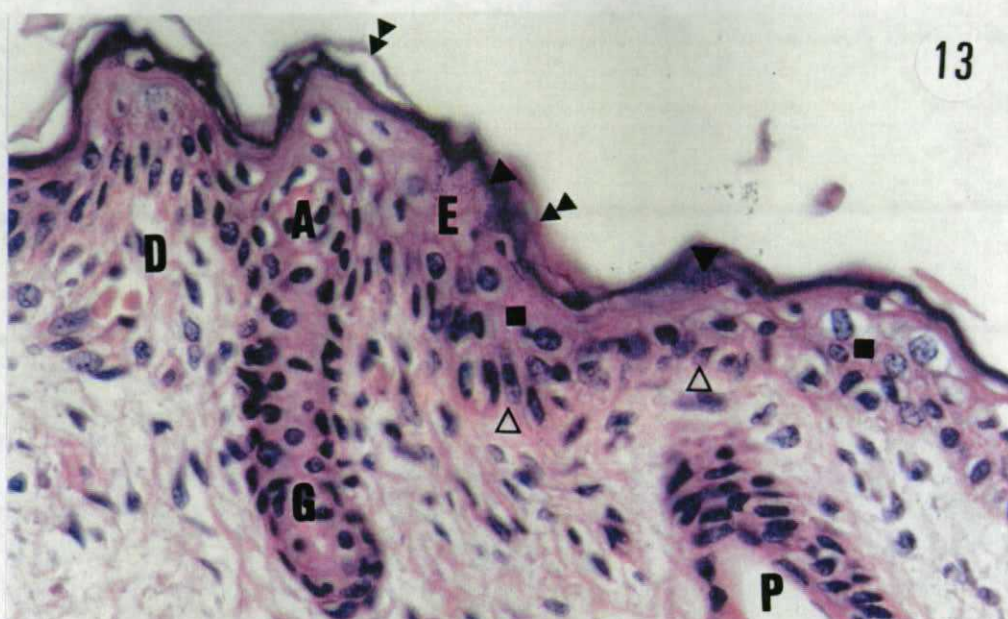




FOTOMICROGRAFIA 11 – FOLÍCULO PILOSO EM FORMAÇÃO COM PLACA EXTERNA (E) FORMADA POR CÉLULAS CLARAS E CAMADA VÍTREA (▶), HASTE DO PELO (H) E BROTAMENTO INFERIOR – PROEMINÊNCIA (P) – QUE SERVIRÁ DE LOCAL DE FIXAÇÃO DO MÚSCULO ERETOR DO PELO. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 6 REPRESENTADO POR FETO COM 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 12 – UNIDADE PILO-SEBÁCEA-APÓCRINA JÁ COMPLETAMENTE FORMADA, COM INFUNDÍBULO (B) ONDE DESEMBOCAM OS DUCTOS EXCRETORES DAS GLÂNDULAS APÓCRINA (A) E SEBÁCEA (S) E MÚSCULO ERETOR DO PELO PRIMITIVO (M) COM CÉLULAS MUSCULARES LISAS UM POUCO ALONGADAS. DERM E PAPILAR (P) COM PAPILAS DÉRMICAS (D) QUE APARECEM PELA PRIMEIRA VEZ. DERM RETICULAR (R). JÁ BEM DIFERENCIADAS. HÁ ALGUMA SECREÇÃO NA GLÂNDULA APÓCRINA NESTA FASE DA GESTAÇÃO. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 100X.



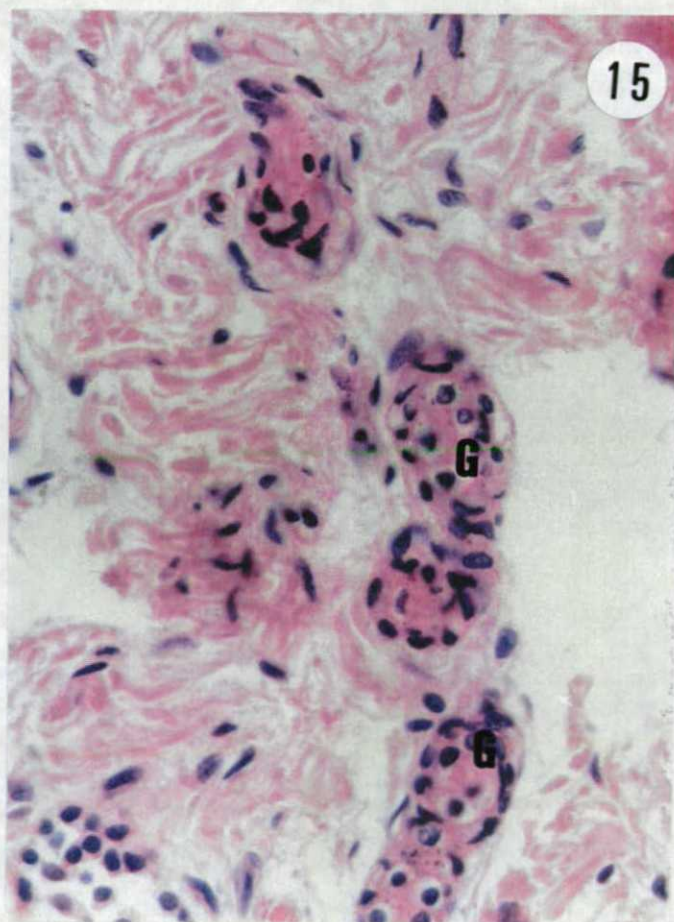


FOTOMICROGRAFIA 13 – EPIDERME (E) JÁ TOTALMENTE FORMADA, COM TODAS AS SUAS CAMADAS PRESENTES. CAMADA BASAL (Δ), CAMADA INTERMEDIÁRIA (■), CAMADA GRANULOSA (▷) E CAMADA CÓRNEA (◄). ACROSSIRÂNGIO (A), PORÇÃO RETA INTRADÉRMICA DO DUCTO EXCRETOR DA GLÂNDULA ÉCRINA (G) E FOLÍCULO PILOSO (P). PRESENÇA DE PAPILAS DÉRMICAS (D). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 14 – PORÇÃO ENRODILHADA INTRADÉRMICA DO DUCTO EXCRETOR DA GLÂNDULA ÉCRINA (G) E PORÇÃO SECRETORA ENRODILHADA (S). HÁ POUCA SECREÇÃO DE SUOR NESTA FASE. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 10 REPRESENTADO POR FETO COM 23 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

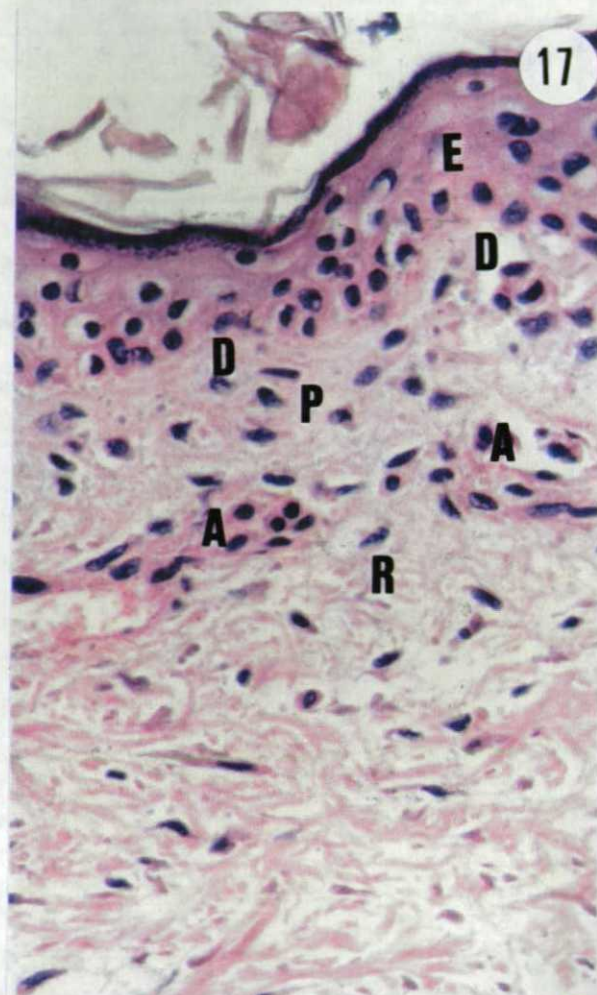
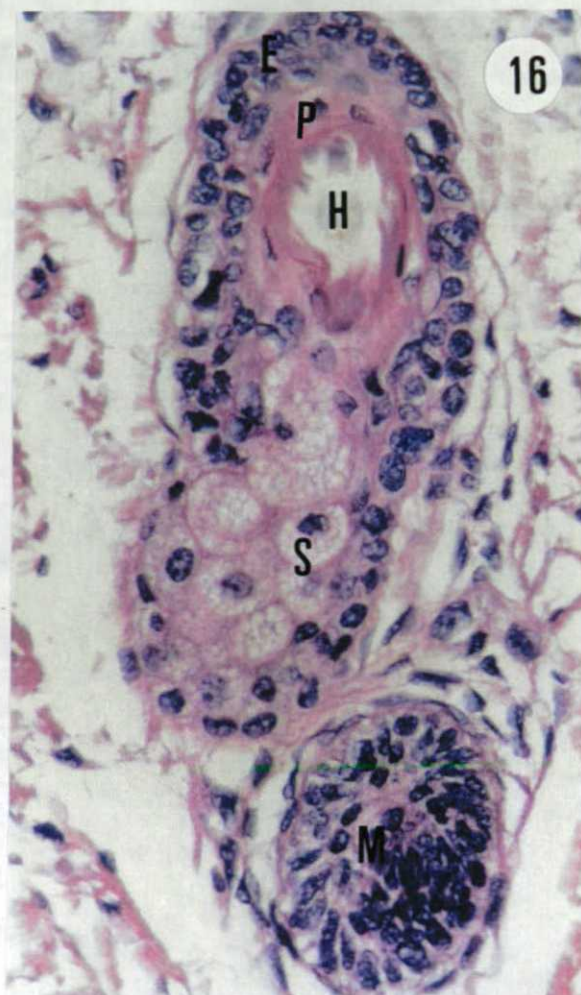


### 5.1.1.3 O terceiro trimestre de gestação (fotomicrografias de 15 a 20)



FOTOMICROGRAFIA 15 – PORÇÃO ENRODILHADA SECRETORA DA GLÂNDULA ÉCRINA (G). A SECREÇÃO DESTAS GLÂNDULAS JÁ ESTÁ UM POUCO MAIS EXACERBADA (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COMO O CASO NÚMERO 10 COM 23 SEMANAS DE GESTAÇÃO – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 14). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 11 REPRESENTADO POR FETO COM 25 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

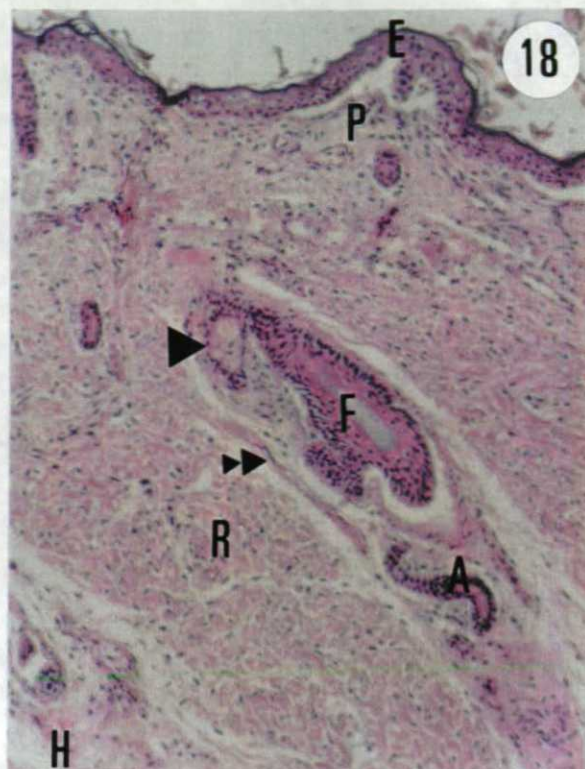




FOTOMICROGRAFIA 16 – PELO JÁ PRATICAMENTE MADURO FORMADO DE DENTRO PARA FORA PELA HASTE (H), PELA PLACA INTERNA (P) E PELA PLACA EXTERNA (E). PAPILA DO FOLÍCULO PILOSO COM CÉLULAS MATRICIAIS (M) E PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA SEBÁCEA (S). NÃO HÁ DIFERENÇAS ESTRUTURAIS NA EPIDERMIS E NAS GLÂNDULAS APÓCRINAS EM RELAÇÃO AO CASO NÚMERO 10 COM 23 SEMANAS DE GESTAÇÃO (VIDE FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 12). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 12 REPRESENTADO POR FETO COM 25 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 17 – EPIDERMIS (E) FORMADA POR TODAS AS SUAS CAMADAS. DERMIS PAPILAR (P) COM PAPILAS DÉRMICAS BEM FORMADAS (D), PLEXO ARTERIAL (A) JÁ TOTALMENTE FORMADO E LOCALIZADO NA PARTE SUPERIOR DA DERMIS RETICULAR (R). DERMIS RETICULAR COM FIBRAS CONJUNTIVAS E RETICULARES E RAROS FIBROBLASTOS. NOTE QUE A CELULARIDADE É BEM MENOR QUE AQUELA VISTA NO PRIMEIRO E NO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E OS PLEXOS VASCULARES JÁ ESTÃO DEFINIDOS. NÃO HÁ DIFERENÇAS ESTRUTURAIS NO PELO, GLÂNDULAS SEBÁCEAS E GLÂNDULAS APÓCRINAS E ÉCRINAS EM RELAÇÃO AOS CASOS NÚMERO 11 E 12 COM 25 SEMANAS DE GESTAÇÃO, RESPECTIVAMENTE (VIDE FOTOMICROGRAFIA 15 E 16). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 13 REPRESENTADO POR FETO COM 27 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.

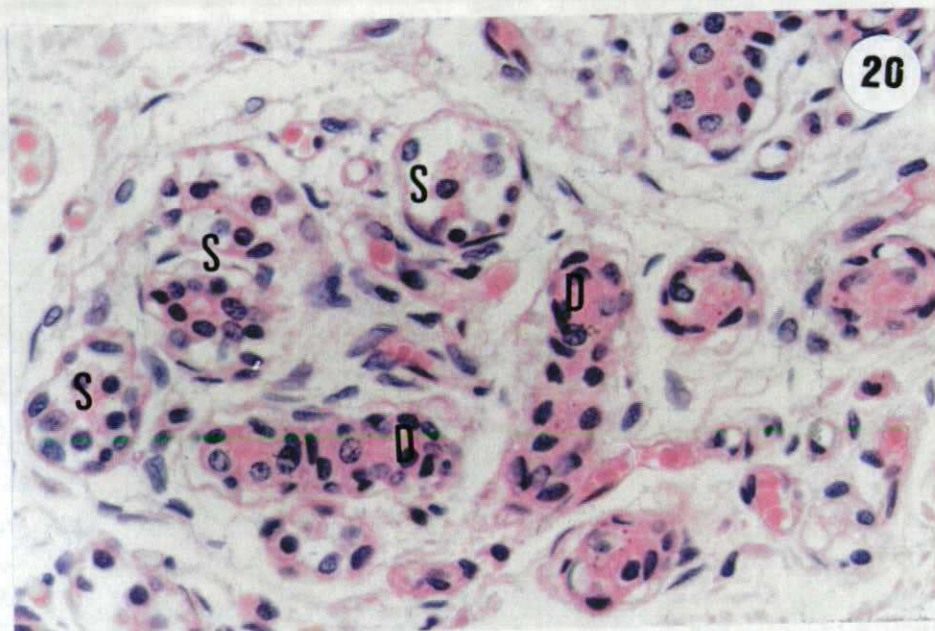




FOTOMICROGRAFIA 18 – UNIDADE PILO-SEBÁCEA APÓCRINA MADURA FORMADA PELO FOLÍCULO PILOSO (F), GLÂNDULA SEBÁCEA (▶) COM ALGUMA SECREÇÃO E GLÂNDULA APÓCRINA JÁ EM INVOLUÇÃO (A), ALÉM DE MÚSCULO ERETOR DO PELO (▶▶) COM CÉLULAS MUCULARES LISAS JÁ BEM ALONGADAS (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM O CASO 10 COM 23 SEMANAS DE GESTAÇÃO – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 12). NÃO HÁ DIFERENÇAS COM RELAÇÃO A GLÂNDULA ÉCRINA VISTA COM 25 SEMANAS DE GESTAÇÃO (CASO NÚMERO 11 – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 15). EPIDERMIS (E), DERMIS PAPILAR (P), DERMIS RETICULAR (R) E HIPODERMIS (H), JÁ TOTALMENTE FORMADAS, BEM COMO SEUS PLEXOS VASCULARES E NERVOSOS (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM O CASO 10 COM 23 SEMANAS DE GESTAÇÃO – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 12). NESTA FASE DE VIDA FETAL, AS ESTRUTURAS DA PELE JÁ SÃO MUITO SEMELHANTES A DO TEGUMENTO COMPLETAMENTE MADURO. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 14 REPRESENTADO POR FETO COM 28 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 100X.

FOTOMICROGRAFIA 19 – PELO (P) E PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA SEBÁCEA (S). AS GLÂNDULAS APÓCRINAS (▶) JÁ ESTÃO COMPLETAMENTE INVOLUÍDAS NESTA FASE E A SECREÇÃO SEBÁCEA JÁ É ABUNDANTE (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM O CASO NÚMERO 14 – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 18). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 15 REPRESENTADO POR FETO COM 31 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 40X.





FOTOMICROGRAFIA 20 – GLÂNDULA ÉCRINA COM PORÇÃO SECRETORA ENRODILHADA (S) E PORÇÃO DUCTAL ENRODILHADA (D). A SECREÇÃO DE SUOR JÁ É ABUNDANTE NESTA FASE (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM O CASO NÚMERO 11 COM 25 SEMANAS DE GESTAÇÃO – FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 15). FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 15 REPRESENTADO POR FETO COM 31 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL, HE, 400X.



### 5.1.2 Os primeiros anos de vida pós-natal e a histologia da pele madura (fotomicrografias de 21 a 27)



FOTOMICROGRAFIA 21 – PELE DE UMA CRIANÇA DE 1 ANO DE IDADE. A EPIDERME (E) É UM POUCO MAIS ESPESSADA EM RELAÇÃO AOS CASOS 13, 14 E 15 COM 27, 28 E 31 SEMANAS DE GESTAÇÃO RESPECTIVAMENTE, E AS PAPILAS DÉRMICAS (D) SÃO MAIS PRONUNCIADAS NA DERME PAPILAR (P) (VIDE COMPARATIVAMENTE COM FOTOMICROGRAFIAS NÚMERO 17 E 18). A DERME PAPILAR (P) É DELIMITADA SUPERIORMENTE PELA EPIDERME (E) E INFERIORMENTE PELA DERME RETICULAR (R) E PLEXO VASCULAR ARTERIAL (▶), É ALTAMENTE IRREGULAR E CONTÉM AS PAPILAS DÉRMICAS (D). A DERME RETICULAR (R) REPOUSA ENTRE A DERME PAPILAR (P) E A HIPODERME E AS FIBRAS COLÁGENAS (») TEM UMA ORIENTAÇÃO PARALELA NESTA REGIÃO. OS PLEXOS ARTERIAL (▶) LOCALIZADO NA PORÇÃO SUPERIOR DA DERME RETICULAR (R) E VENOSO (V) LOCALIZADO NA PORÇÃO MAIS PROFUNDA DA MESMA ESTÃO BEM PROEMINENTES. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 16 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 1 ANO DE IDADE, HE, 400X.

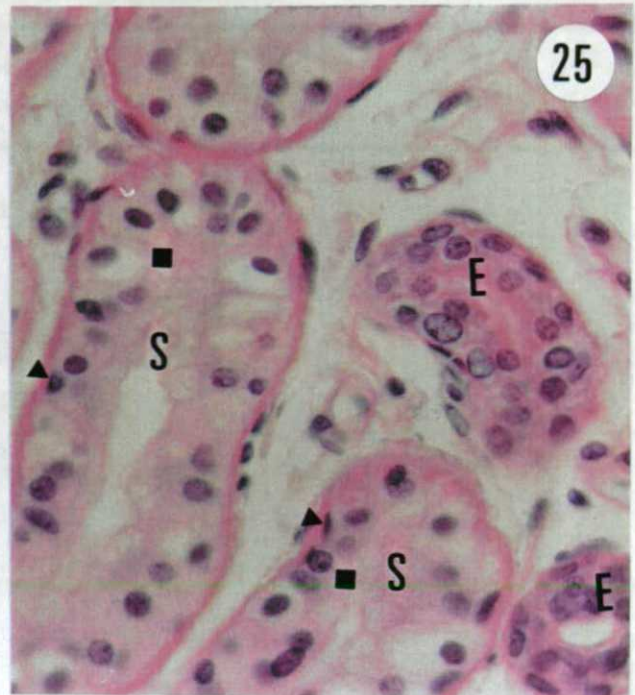
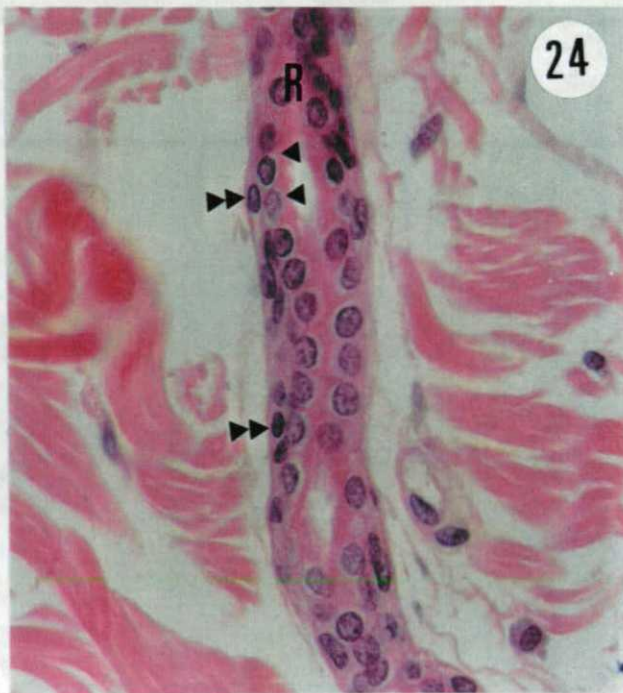




FOTOMICROGRAFIA 22 – A GLÂNDULA SEBÁCEA (S) E O PELO (P) JÁ ESTÃO BEM DESENVOLVIDOS. A PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA SEBÁCEA É FORMADA POR CÉLULAS PERIFÉRICAS GERMINATIVAS DE CITOPLASMA DENSO (►) QUE VÃO SE TORNANDO MAIS VACUOLADAS E RICAS EM SECREÇÃO (►►) A MEDIDA QUE SE DESLOCAM PARA O CENTRO DA GLÂNDULA. NÃO HÁ MUITAS MODIFICAÇÕES ESTRUTURAIS EM RELAÇÃO AO CASO 15 COM 31 SEMANAS DE VIDA INTRA-UTERINA, APENAS A PORÇÃO SECRETORA É MAIS DIFERENCIADA E A SECREÇÃO É MAIS ABUNDANTE (VIDE FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 19). AS GLÂNDULAS APÓCRINAS ESTÃO ATRÓFICAS OU AUSENTES NESTA FASE. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 16 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 1 ANO DE IDADE, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 23 – PELO (P) E GLÂNDULA SEBÁCEA (S) DE UMA CRIANÇA DE 2 ANOS DE VIDA. NÃO HÁ MODIFICAÇÕES NA ESTRUTURA EM RELAÇÃO AO CASO 16 COM 1 ANO DE IDADE. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE, HE, 400X.

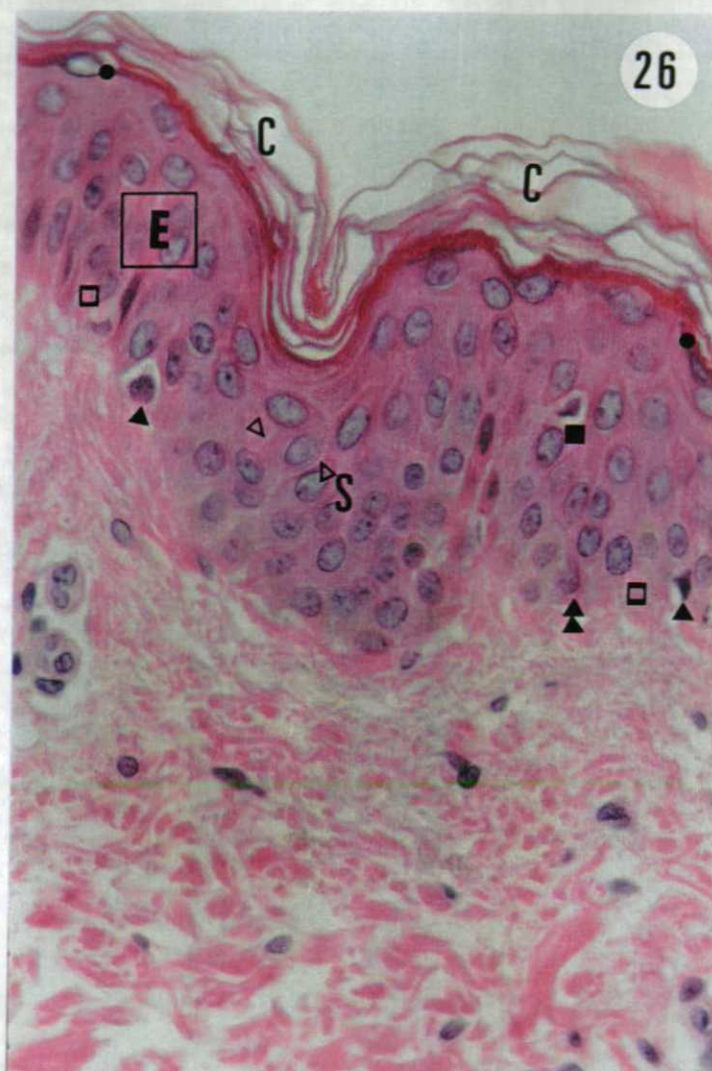




FOTOMICROGRAFIA 24 – PORÇÃO EXCRETORA RETA (R) DA GLÂNDULA ÉCRINA. A PORÇÃO EXCRETORA DA GLÂNDULA ÉCRINA É FORMADA POR UMA CAMADA INTERNA DE CÉLULAS CUBOIDAIS (►) E POR OUTRA EXTERNA DE CÉLULAS MIOEPITELIAIS (►►), PORÉM, ESTAS ÚLTIMAS, NÃO TÃO NUMEROSAS E EVIDENTES QUANTO O QUE É OBSERVADO NA PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA. A ESTRUTURA DE EXCREÇÃO DA GLÂNDULA ÉCRINA É BEM MAIS DIFERENCIADA EM RELAÇÃO ÀQUELA OBSERVADA NOS FETOS COM 23 SEMANAS DE GESTAÇÃO (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM O CASO 10 – FOTOMICROGRAFIA 14). NÃO HÁ DIFERENÇAS NA ESTRUTURAÇÃO DA PORÇÃO EXCRETORA DA GLÂNDULA ÉCRINA ENTRE CRIANÇAS COM 1 E 2 ANOS DE IDADE. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA, HE, 400X.

FOTOMICROGRAFIA 25 – GLÂNDULA ÉCRINA COM PORÇÃO EXCRETORA ENRODILHADA (E) COM HISTOLOGIA SEMELHANTE A PORÇÃO EXCRETORA RETA. PORÇÃO SECRETORA ENRODILHADA (S) FORMADA POR CÉLULAS BASAIS MIOEPITELIAIS (►) E CÉLULAS SECRETORAS CUBOIDAIS COM CITOPLASMA RICO EM GRÂNULOS (■). NÃO HÁ MODIFICAÇÕES NA ESTRUTURA EM RELAÇÃO AO CASO 15 COM 31 SEMANAS DE GESTAÇÃO, APENAS AS CÉLULAS SECRETORAS SÃO MAIS DIFERENCIADAS E A SECREÇÃO É MAIS ABUNDANTE (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM A FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 20). NÃO HÁ DIFERENÇAS NA ESTRUTURAÇÃO DA PORÇÃO SECRETORA DA GLÂNDULA ÉCRINA ENTRE CRIANÇAS COM 1 E 2 ANOS DE IDADE. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 17 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 2 ANOS DE IDADE, HE, 400X.

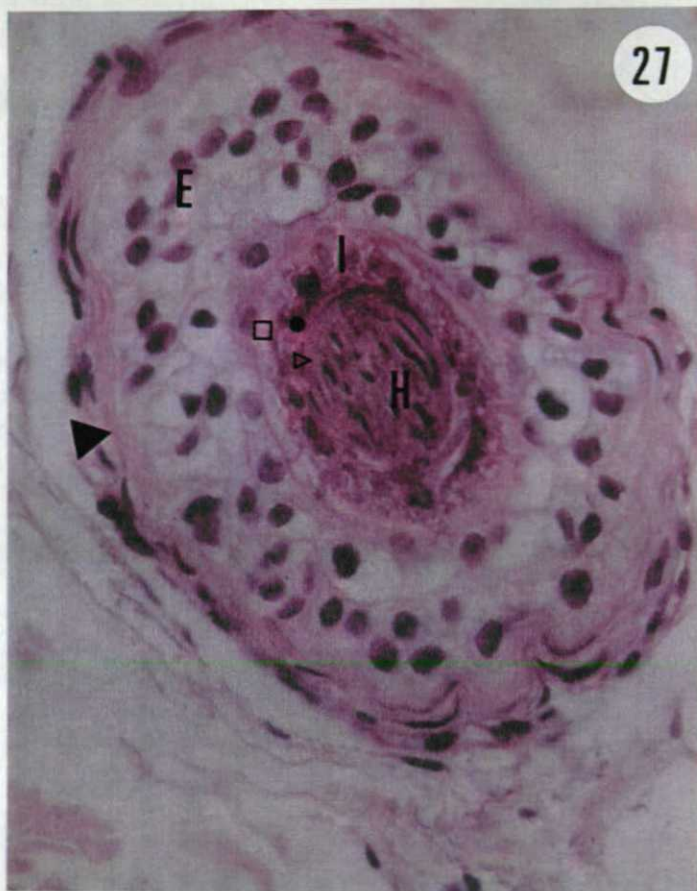




E

FOTOMICROGRAFIA 26 – EPIDERME DE UMA CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE, EM TUDO SEMELHANTE AQUELA VISTA NO CASO 16 DE UMA CRIANÇA COM 1 ANOS DE IDADE (VIDE FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 21). AS CÉLULAS DA CAMADA BASAL (□) SÃO COLUNARES E DISPOSTAS PERPENDICULARMENTE A MEMBRANA BASAL (»). AS CÉLULAS DA CAMADA ESPINHOSA (S) SÃO POLIGONAIS COM NÚCLEOS VESICULOSOS E NUCLÉOLOS POUCO EVIDENTES, APRESENTANDO AINDA INÚMERAS JUNÇÕES INTERCELULARES, OS DESMOSSOMOS (Δ). AS CÉLULAS DA CAMADA GRANULOSA (●) CONTEM GRÂNULOS DE QUERATOHIALINA, E SÃO ACHATADAS COM NÚCLEOS DE CROMATINA DENSA. AS CÉLULAS DA CAMADA Córnea (C) SÃO DESPROVIDAS DE NÚCLEO, MUITO ACHATADAS E TOTALMENTE QUERATINIZADAS. OS MELANÓCITOS (◀) SÃO CÉLULAS DE CITOPLASMA ARTEFATUALMENTE CLARO COM NÚCLEOS CENTRAIS HIPERCROMÁTICOS. OS PROLONGAMENTOS CITOPASMÁTICOS NÃO SÃO VISTOS NA MICROSCOPIA ÓPTICA COMUM. AS CÉLULAS DE LANGERHANS (■) PODEM SER RARAMENTE VISTAS COMO CÉLULAS DE CITOPLASMA CLARO, AMPLO E VACUOLADO E NÚCLEOS ALONGADOS E TORTUOSOS EM COLORAÇÕES DE ROTINA. AS CÉLULAS DE MERKEL NÃO SÃO VISTAS EM COLORAÇÕES DE ROTINA, POIS SOMENTE MÉTODOS IMUNOHISTOQUÍMICOS PODEM EVIDENCIÁ-LAS. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 18 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE, HE, 400X.

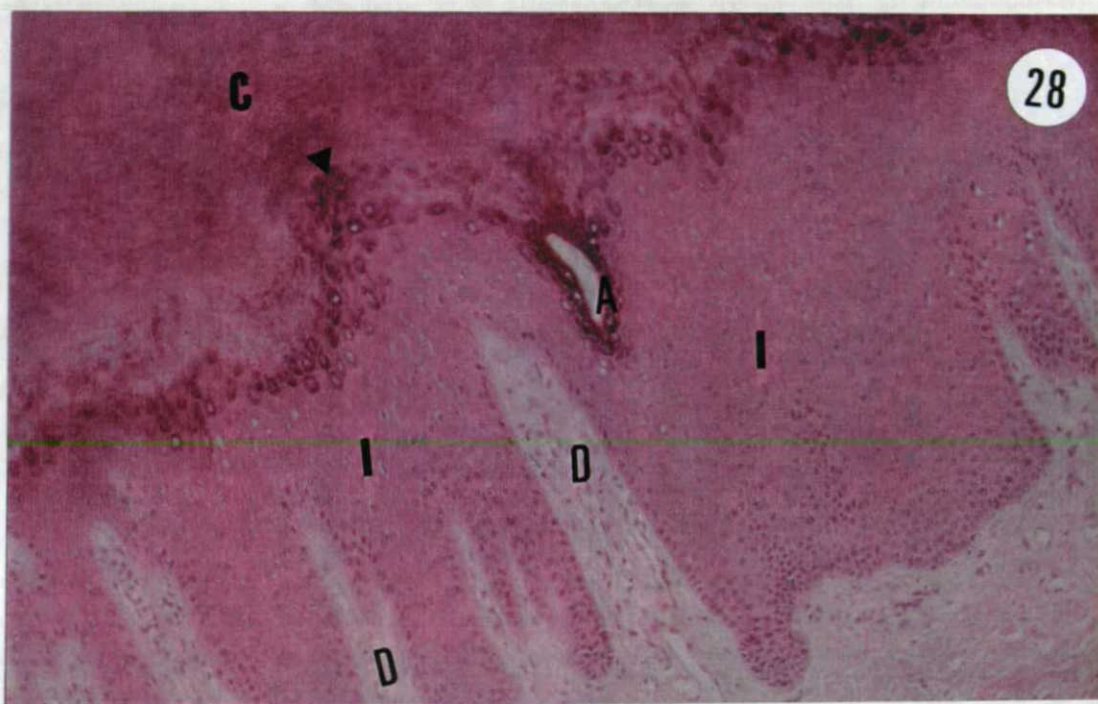




FOTOMICROGRAFIA 27 - PELO MADURO EM FASE ANÁGENA ONDE PODEMOS OBSERVAR DE FORA PARA DENTRO A CAMADA VÍTREA (V) QUE RECOBRE A PLACA EXTERNA (E) FORMADA POR CÉLULAS CLARA. A PLACA INTERNA (I) É FORMADA POR CÉLULAS DISPOSTAS EM CAMADAS – HENLE (H), HUXLEY (H) E CUTÍCULA DA PLACA INTERNA (I) - COM PROGRESSIVO GRAU DE QUERATINIZAÇÃO A MEDIDA QUE CAMINHAM PARA O CENTRO DO PELO, PARA FORMAR A HASTE DO PELO (H). A HASTE É POR SUA VEZ COMPOSTA DE DENTRO PARA FORA PELO CÓRTEX E PELA CUTÍCULA DA HASTE. OS PELOS DE RECÉM-NASCIDOS SÃO TODOS PELOS TIPO LANUGOS, PORTANTO NÃO TEM MEDULA (PORÇÃO MAIS CENTRAL DA HASTE DO PELO), ASSIM COMO VÁRIOS PELOS FINOS ESPALHADOS PELO TEGUMENTO. OS PELOS DO COURO CABELUDO DE CRIANÇAS MAIORES PODEM TER MEDULA. NÃO HÁ MODIFICAÇÕES NA ESTRUTURA DAS GLÂNDULAS ÉCRINAS OU SEBÁCEAS EM RELAÇÃO AOS CASOS 16 E 17 COM 1 E 2 ANOS DE IDADE RESPECTIVAMENTE. AS GLÂNDULAS APÓCRINAS SÓ APARECEM NAS CRIANÇAS NA REGIÃO DA AXILA, EM OUTRAS REGIÕES DO TEGUMENTO ELAS SÃO RARAS E ATRÓFICAS OU TOTALMENTE AUSENTES. FRAGMENTO DE PELE DE REGIÃO INTERNA DA COXA. CASO 18 REPRESENTADO POR CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE, HE, 400X.

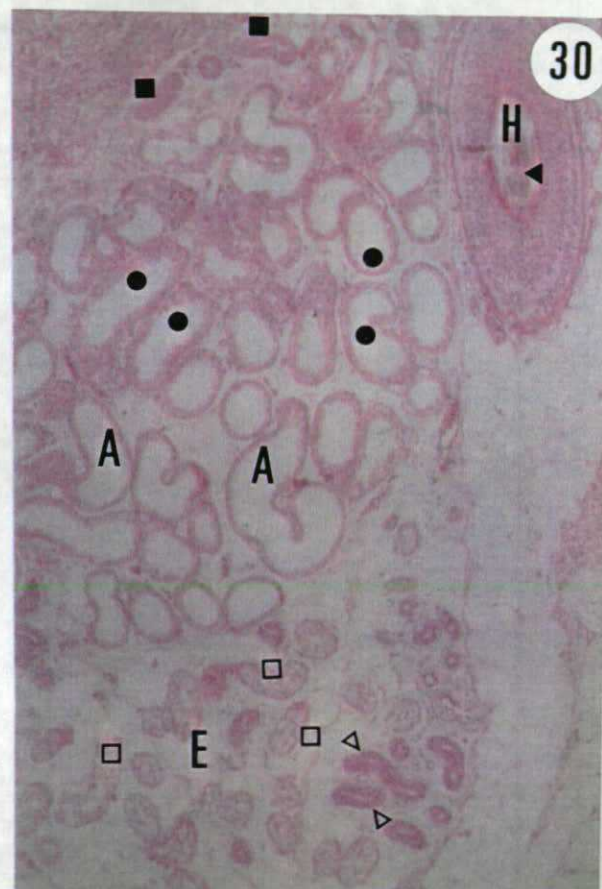
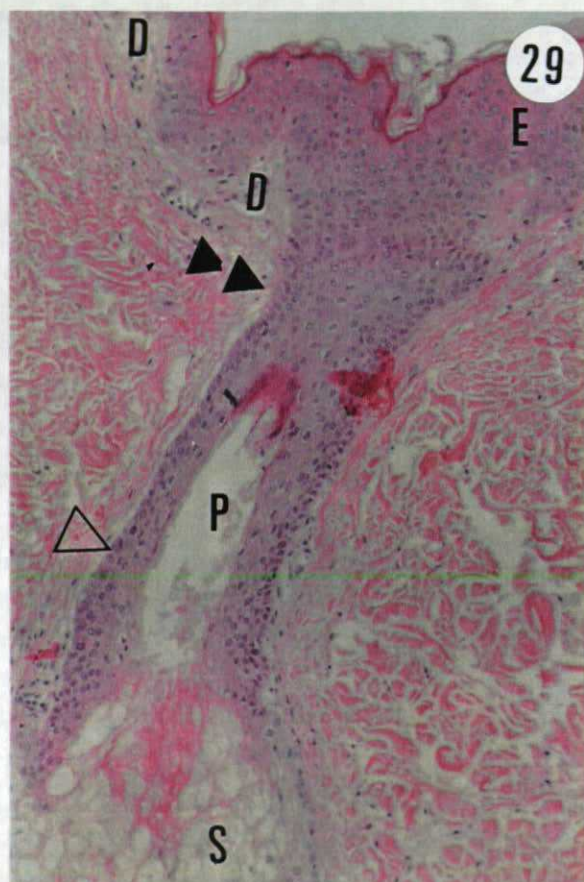


### 5.1.3 As variações anatômicas da pele humana (fotomicrografias de 28 a 32)



FOTOMICROGRAFIA 28 – FRAGMENTO DE PELE DE PLANTA DO PÉ DE CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE (CASO 18) APRESENTANDO EPIDERME MAIS ESPESSADA AS CUSTAS DE CAMADA CÔRNEA ESPESSA E COMPACTA (C), CAMADA GRANULOSA COM MAIS GRÂNULOS DE QUERATOHIALINA (▶) E CAMADA INTERMEDIÁRIA (I) COM NUMEROSAS CAMADAS DE CÉLULAS ESPINHOSAS. HÁ AINDA ACENTUAÇÃO DAS PAPILAS DÉRMICAS (D). NÃO HÁ PELOS, GLÂNDULAS SEBÁCEAS OU APÓCRINAS NESTA REGIÃO. HÁ APENAS GLÂNDULAS ÉCRINAS COM SEUS ACROSSIRÍNGIOS (A) PROEMINENTES E TORTUOSOS EM MEIO A EPIDERME ESPESSA. OBSERVE ESTA FOTOMICROGRAFIA EM COMPARAÇÃO COM A DE NÚMERO 26 DA REGIÃO INTERNA DA COXA DA MESMA CRIANÇA. HE, 400X.





FOTOMICROGRAFIA 29 – CORTE DE PELE DE AXILA DE CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE (CASO 18). EPIDERMIS (E) DE ESPESURA MÉDIA, PORÉM BEM TORTUOSA, COM NUMEROSAS PAPILAS DÉRMICAS (D) PARA PERMITIR A MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR. HÁ NESTA REGIÃO NUMEROSOS FOLÍCULOS PILOSOS (P), GLÂNDULAS SEBÁCEAS (S) E GLÂNDULAS SUDORÍPARAS ÉCRINAS E APÓCRINAS. OBSERVA-SE NESTA FIGURA O PELO COM SEU ISTMO (P) E PORÇÃO INFUNDIBULAR (Δ) ONDE DRENA A SECREÇÃO DAS GLÂNDULAS SEBÁCEA E APÓCRINA. HE, X400.

FOTOMICROGRAFIA 30 – CORTE DE PELE DE AXILA DE CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE (CASO 18). OBSERVA-SE INÚMERAS GLÂNDULAS APÓCRINAS (A) COM SUA PORÇÃO SECRETORA (●) E EXCRETORA (■), ALÉM DE GLÂNDULAS ÉCRINAS (E) COM PORÇÃO SECRETORA (□) E EXCRETORA (Δ), ENRODILHADAS. HÁ AINDA PELO APRESENTANDO MEDULA (P) NA ESTRUTURA DA HASTE (H). HE, X100





FOTOMICROGRAFIA 31 - CORTE DE PELE DE COURO CABELUDO DE CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE (CASO 18). HÁ INÚMEROS PELOS (P) E GLÂNDULAS SEBÁCEAS (S), OS PRIMEIROS SITUADOS TANTO NA DERME RETICULAR (R) QUANTO PROFUNDAMENTE NA HIPODERME (H). OS ACROTRÍQUIOS (A) SÃO NUMEROSOS NA EPIDERMIS (E), A QUAL É MAIS ESPESSA QUE EM ÁREAS COMO A COXA E AXILA, PORÉM NÃO TANTO QUANTO NA SOLA DO PÉ (OBSERVE EM COMPARAÇÃO COM AS FOTOMICROGRAFIAS NÚMERO 26, 28 E 29). HE, X100

FOTOMICROGRAFIA 32 - CORTE DE PELE DE ABDOME DE CRIANÇA COM 14 ANOS DE IDADE (CASO 18). A EPIDERMIS (E) É MAIS FINA COMO A VISTA NA REGIÃO INTERNA DA COXA (FOTOMICROGRAFIA NÚMERO 26). AS PÁPILAS DÉRMICAS (D) NÃO SÃO TÃO NUMEROSAS E PRONUNCIADAS QUANTO NA SOLA DO PÉ OU AXILA (FOTOMICROGRAFIAS NÚMERO 28 E 29). A PIGMENTAÇÃO, EXPRESSA PELO AUMENTO DA QUANTIDADE DE MELANINA NOS MELANÓCITOS (pontos escuros), É MAIS PRONUNCIADA NESTA REGIÃO (COMPARE COM AS FOTOMICROGRAFIAS NÚMERO 26, 28, 29 E 31), ISTO POR SER UMA ÁREA MAIS EXPOSTA AO SOL. HE, X400.

## 5.2 EXPERIMENTO II – A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS

O Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital de Clínicas (HC) de Curitiba realizou, entre os anos de 1990 a 1996, 55 100 exame de patologia cirúrgica, incluindo análise em material de pequenas biópsias endoscópicas e ambulatoriais, peças cirúrgicas pequenas tais como apêndices vermiformes e vesículas biliares e peças oncológicas radicais como mastectomias. Dentre estes exames, 5% (n = 2 755) são provenientes das clínicas pediátricas.

O material cirúrgico pediátrico é variado, porém 24% dele (n=662) é representado por pele e tela subcutânea (vide gráficos 1 a 4).

O gráfico 5 demonstra a relação entre os pacientes do sexo feminino e masculino no nosso estudo e o gráfico 6, 7, 8 e 9 distribuem os casos por idade e os correlacionam com o sexo dos pacientes. Já os gráficos 10, 11, 12 e 13 dividem os pacientes por grupo etário, conforme já explicado no capítulo de material e métodos, correlacionando-os com o sexo dos pacientes.

A distribuição por grupos de entidades nosológicas observados neste estudo está sumarizada no gráfico 14 e na tabela 3.

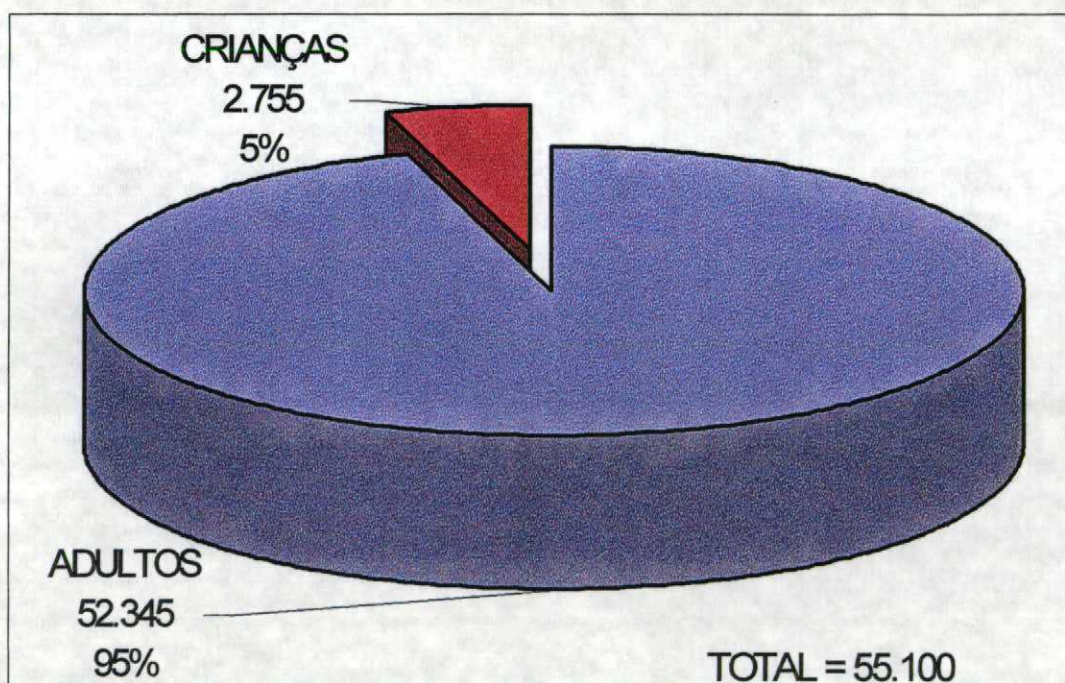
Os gráficos 15 e 16 e as tabelas 4 e 5 correlacionam os grupos nosológicos com o sexo dos pacientes e os gráficos 17 e 18 e as tabelas 6 e 7 correlacionam os grupos etários com os grupos nosológicos.

A relação numérica entre os casos concordantes (87,16%) e discordantes (12,84%) foi de 6,79 e o índice de discordância (total de casos/casos discordantes)



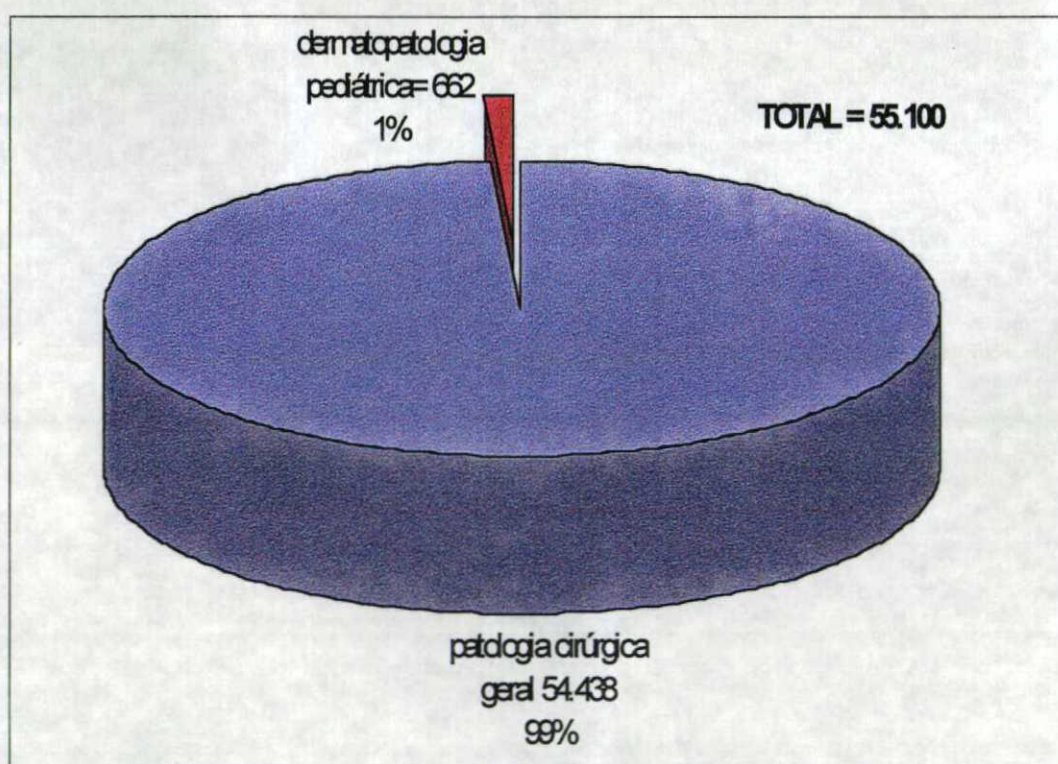
foi de 7,79, isto é, aproximadamente a cada 8 casos, 1 estava incorreto do ponto de vista dos revisores (vide gráfico 19).

**GRÁFICO 1 – RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES ADULTOS E AQUELES REALIZADOS EM CRIANÇAS NO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR, ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM**



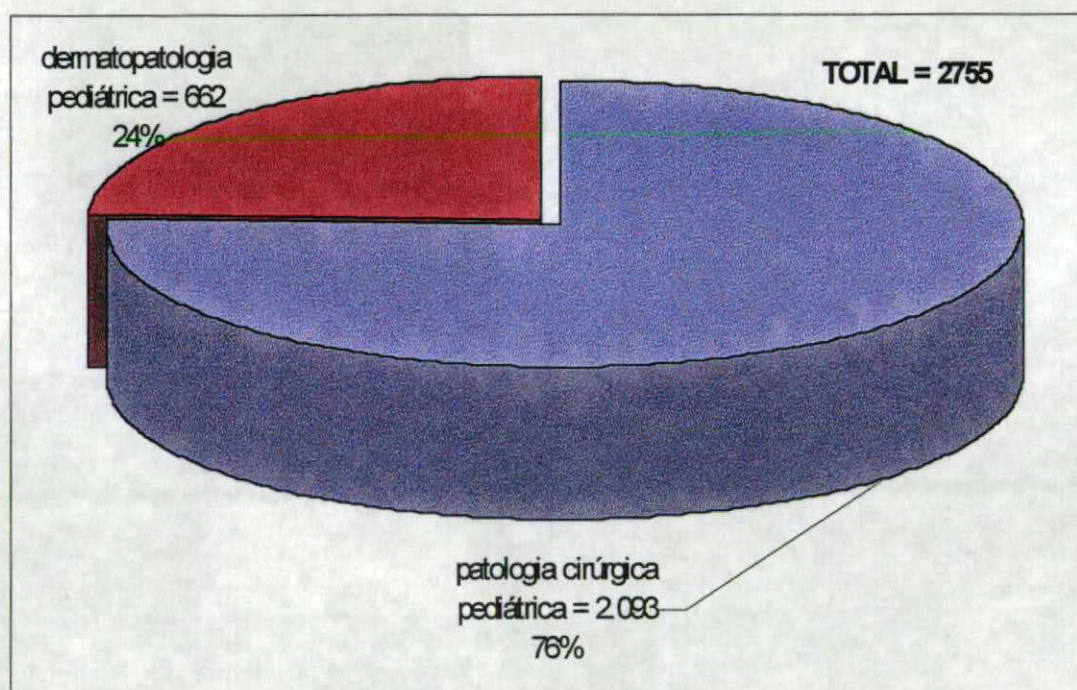


**GRÁFICO 2 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS DE DIVERSOS ÓRGÃOS E TECIDOS ( PATOLOGIA CIRÚRGICA GERAL) E AQUELES REALIZADOS EM PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DE CRIANÇAS (DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA). SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR, ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM**



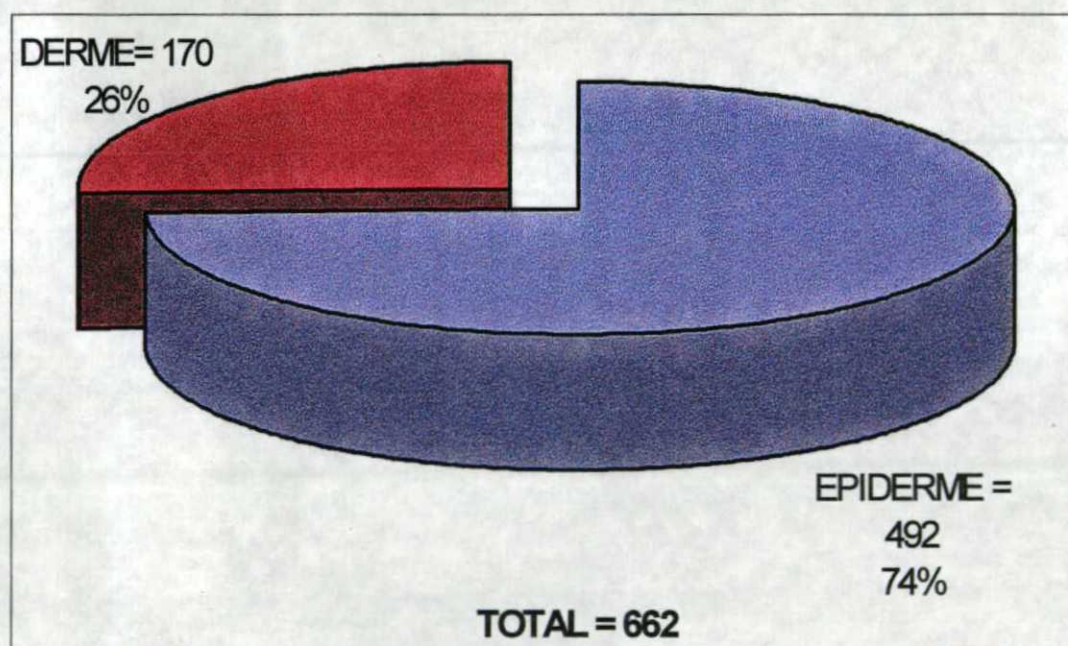


**GRÁFICO 3 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NOS DIVERSOS ÓRGÃOS E TECIDOS (PATOLOGIA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA) E AQUELES REALIZADOS EM PELE (DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA). SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR, ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM.**



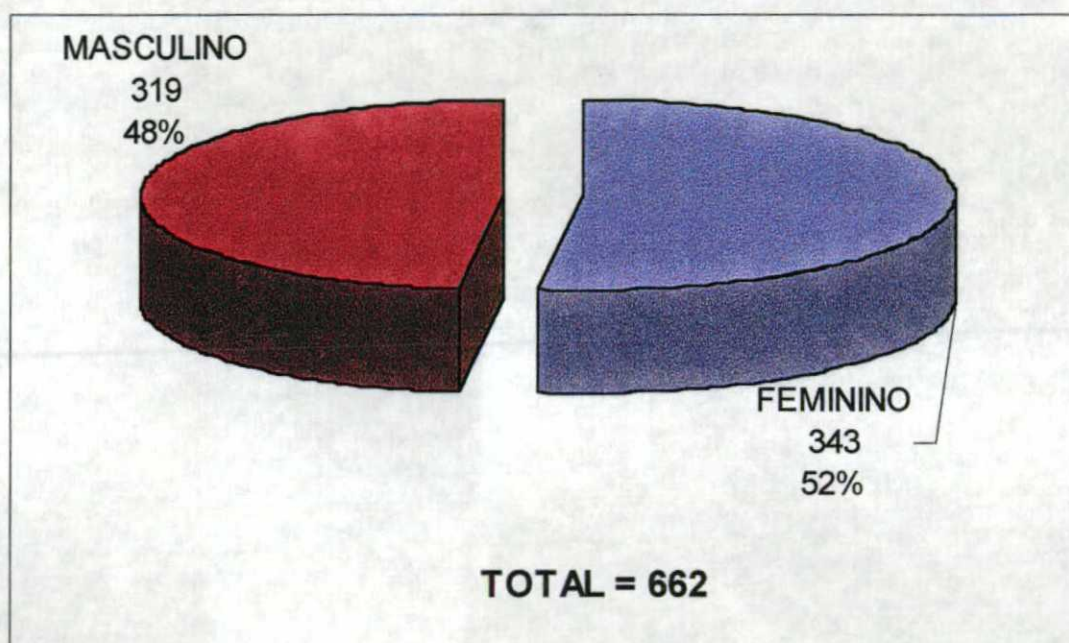


**GRÁFICO 4 – RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EXAMES PEDIÁTRICOS REALIZADOS EM PELE COM AMOSTRA EPIDÉRMICA (EPIDERME) E AQUELES REALIZADOS EM PELE SEM AMOSTRA EPIDÉRMICA, SOMENTE COM DERME E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNE (DERME). DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662). SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR, 1990 A 1995. VALORES EM PORCENTAGEM E EM NÚMERO ABSOLUTO.**



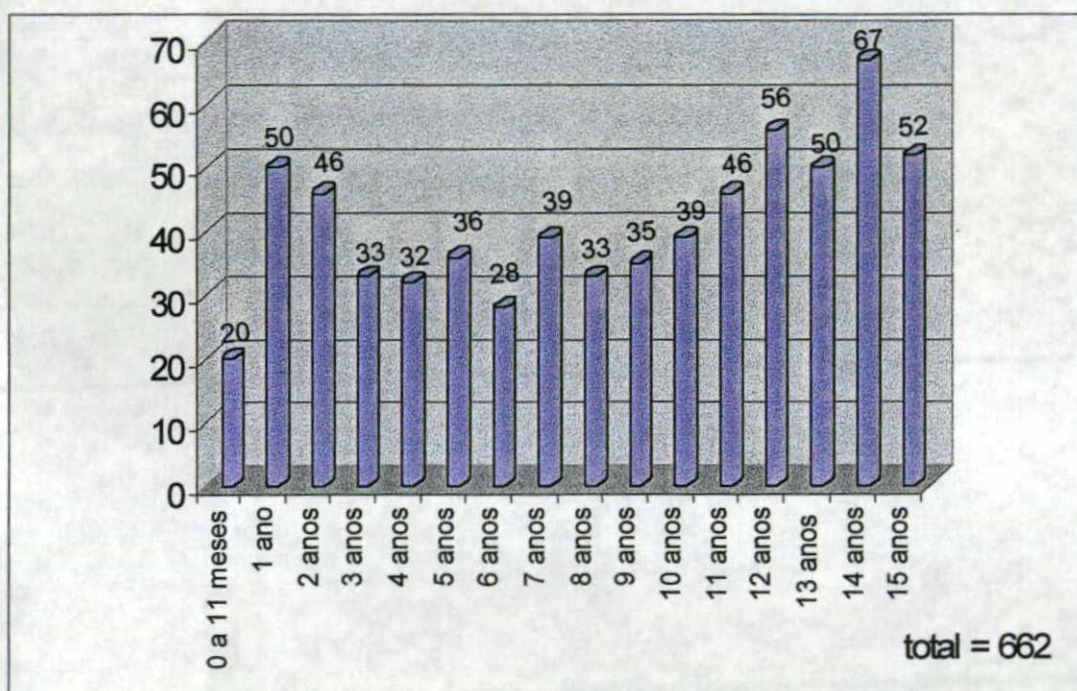


**GRÁFICO 5 – RELAÇÃO ENTRE PACIENTES DO SEXO MASCULINO E FEMININO. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLOGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR. VALORES EM PORCENTAGEM E NÚMERO ABSOLUTO.**



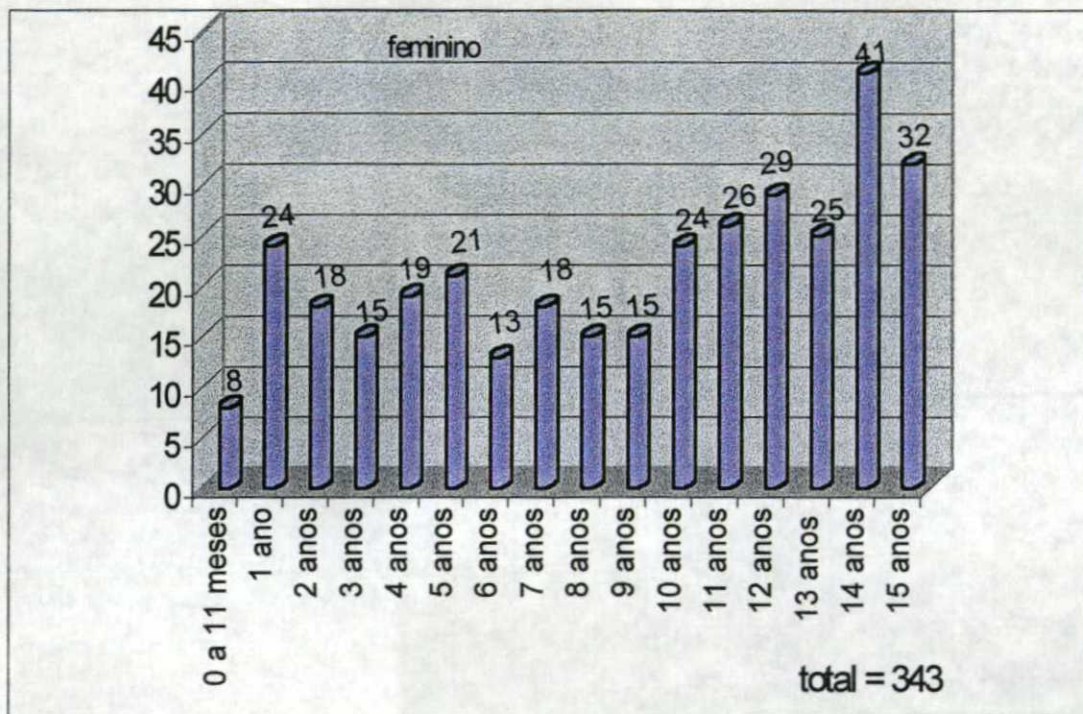


**GRÁFICO 6 – CURVA ETÁRIA DOS CASOS DO BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



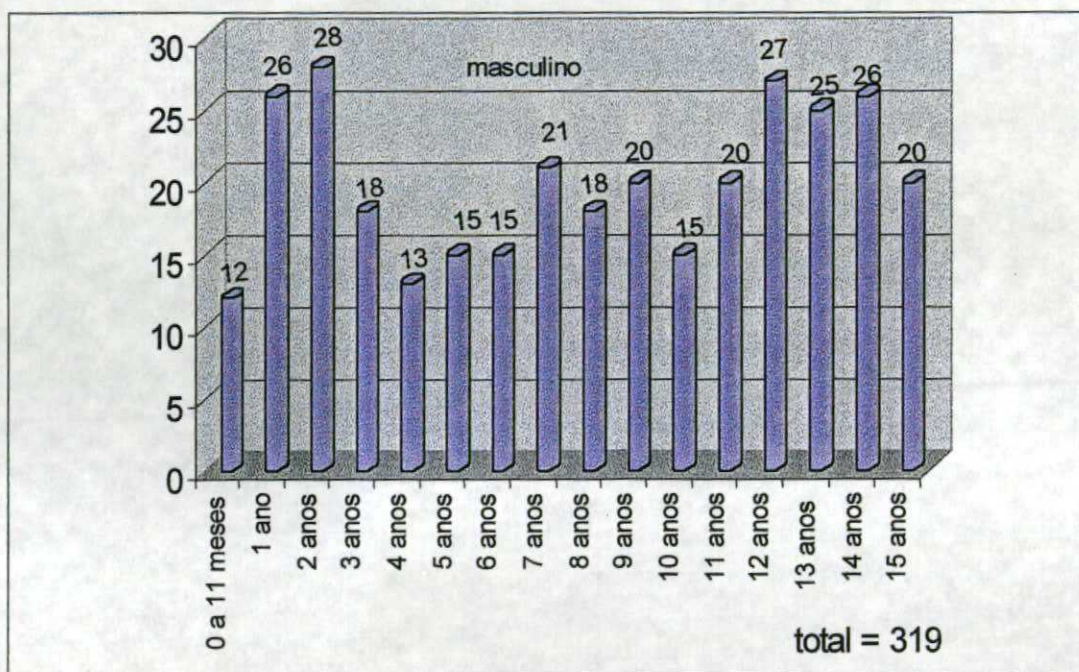


**GRÁFICO 7 – CURVA ETÁRIA DOS PACIENTES DO SEXO FEMININO (n=343). DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR , 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



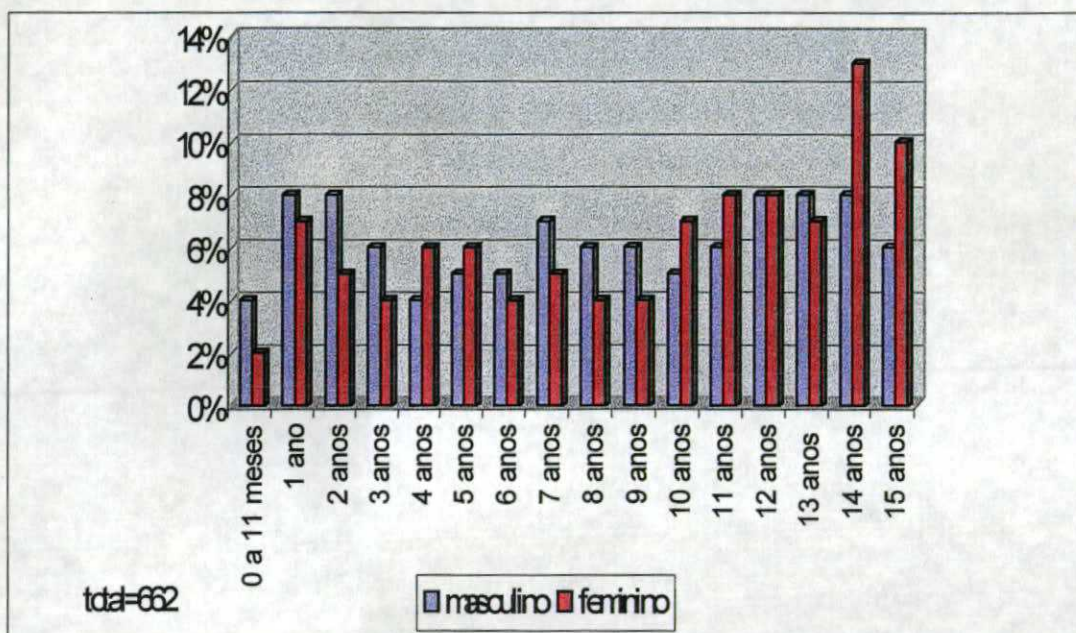


**GRÁFICO 8 - CURVA ETÁRIA DOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO (n=319). DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR , 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



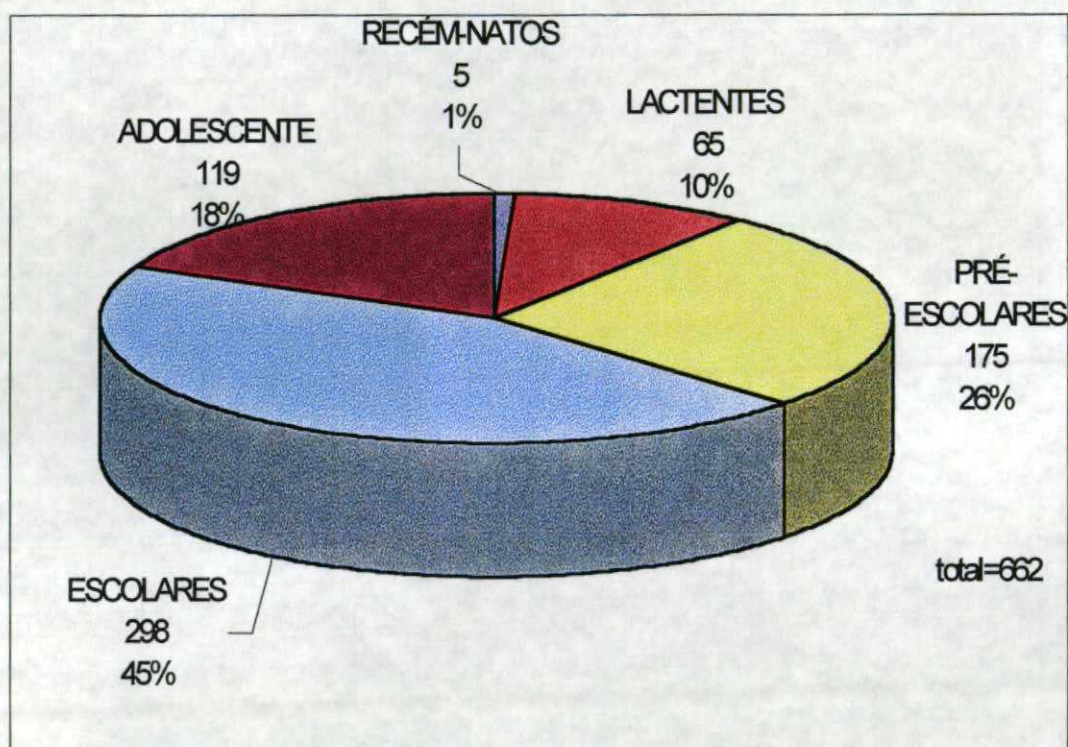


**GRÁFICO 9 - CORRELACIONA A FAIXA ETÁRIA COM O SEXO DOS 662 PACIENTES DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995. VALORES EM PORCENTAGEM.**





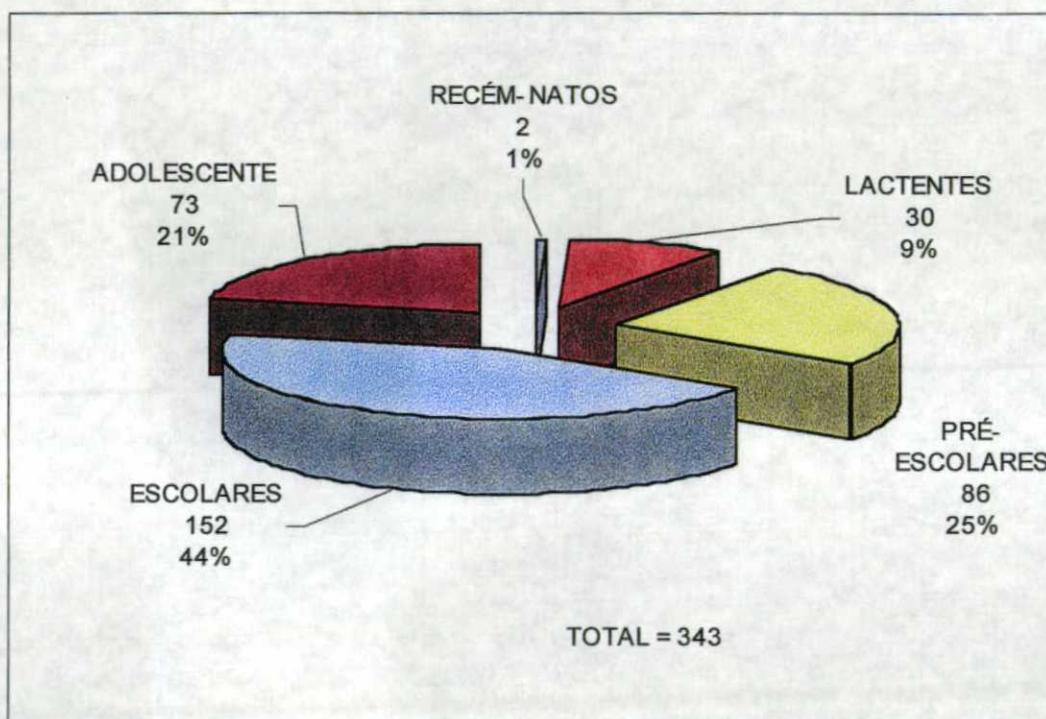
**GRÁFICO 10 – GRUPOS ETÁRIOS DOS PACIENTES DO BANCO DE  
DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995.  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
CURITIBA – UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E  
PORCENTAGEM.**



Legenda: recém-natos = 0 a 28 dias, lactentes = 29 dias a 11 meses, pré-escolares = 1 a 6 anos, escolares = 7 a 13 anos, adolescentes = 14 e 15 anos.

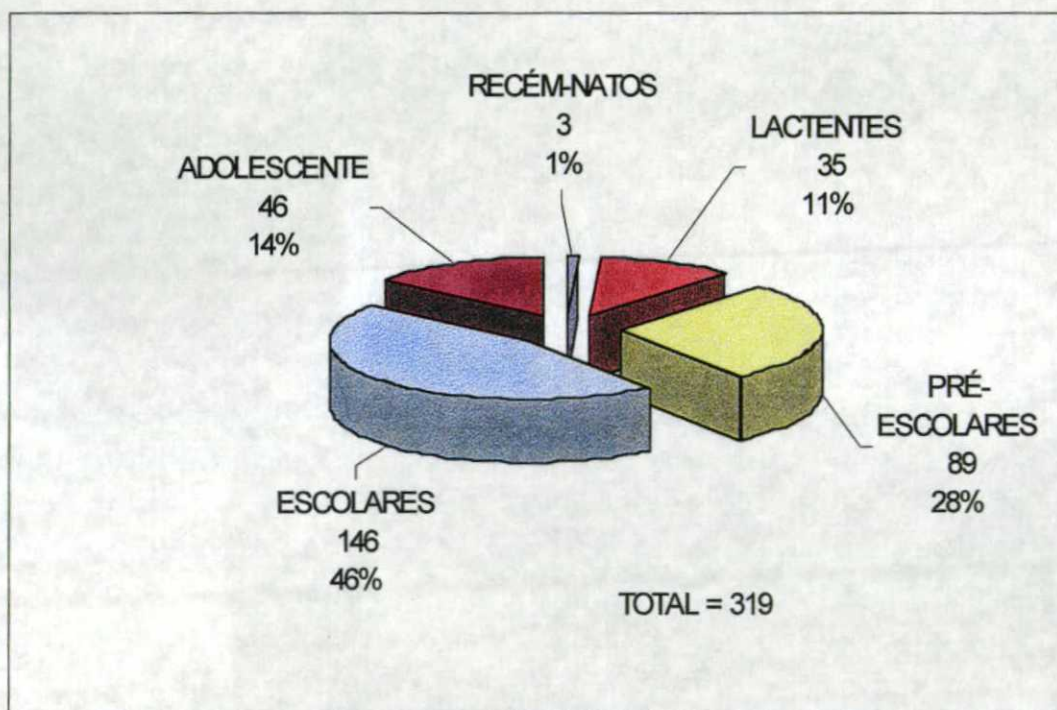


**GRÁFICO 11 – GRUPOS ETÁRIOS DOS PACIENTES DO SEXO FEMININO (n=343). DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR, 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM.**



Legenda: recém-natos = 0 a 28 dias, lactentes = 29 dias a 11 meses, pré-escolares = 1 a 6 anos, escolares = 7 a 13 anos, adolescentes = 14 e 15 anos.

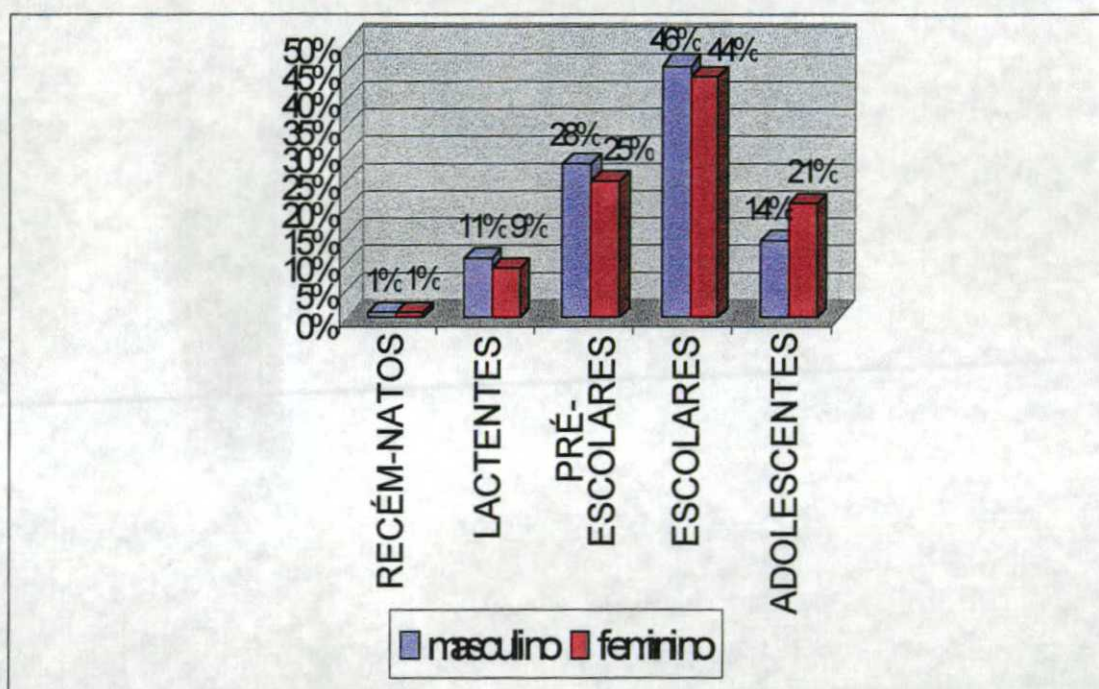
**GRÁFICO 12 - GRUPOS ETÁRIOS DOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO (n=319). DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR, 1990 A 1995. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM.**



Legenda: recém-natos = 0 a 28 dias, lactentes = 29 dias a 11 meses, pré-escolares = 1 a 6 anos, escolares = 7 a 13 anos, adolescentes = 14 e 15 anos.



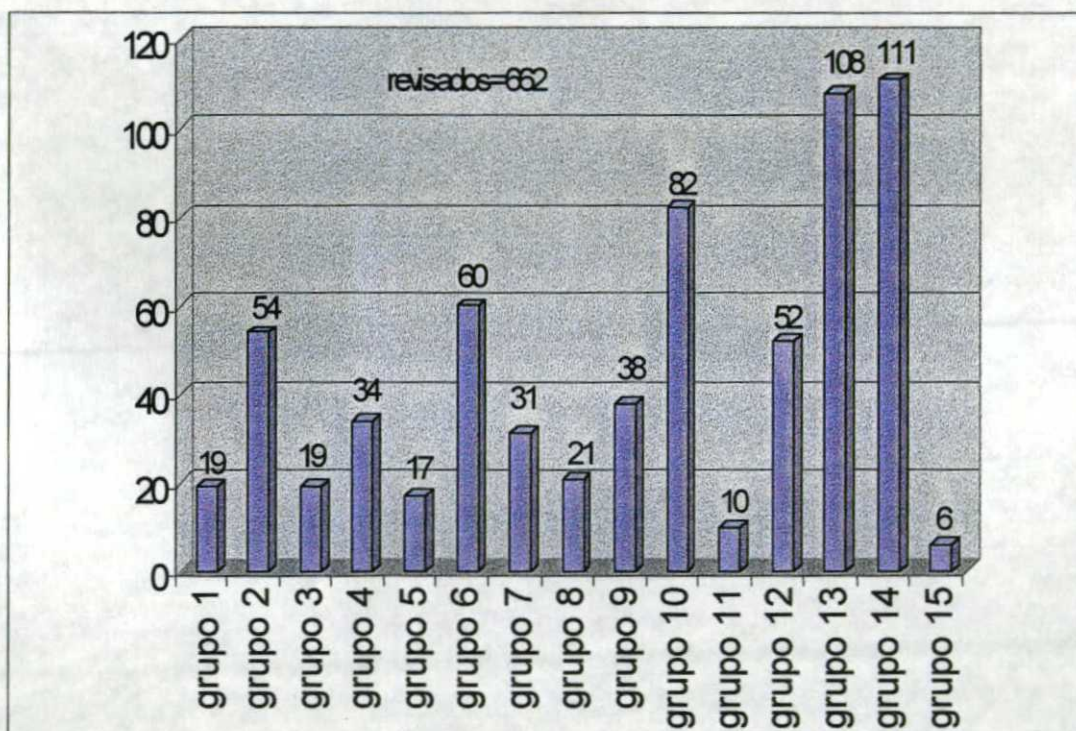
**GRÁFICO 13 – CORRELACIONA O SEXO COM OS GRUPOS ETÁRIOS DOS 662 PACIENTES DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR. VALORES EM PORCENTAGEM.**



Legenda: recém-natos = 0 a 28 dias, lactentes = 29 dias a 11 meses, pré-escolares = 1 a 6 anos, escolares = 7 a 13 anos, adolescentes = 14 e 15 anos.



**GRÁFICO 14 – DEMONSTRA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS ENCONTRADOS NA ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA DOS 662 CASOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



Legenda: grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos; grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais; grupo 3 = genodermatoses; grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas; grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas; grupo 7 = doenças vasculares; grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas; grupo 9 = doenças infecciosas; grupo 10 = normal/alterações mínimas; grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites; grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares; grupo 13 = lesões císticas; grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias; grupo 15 = outros.

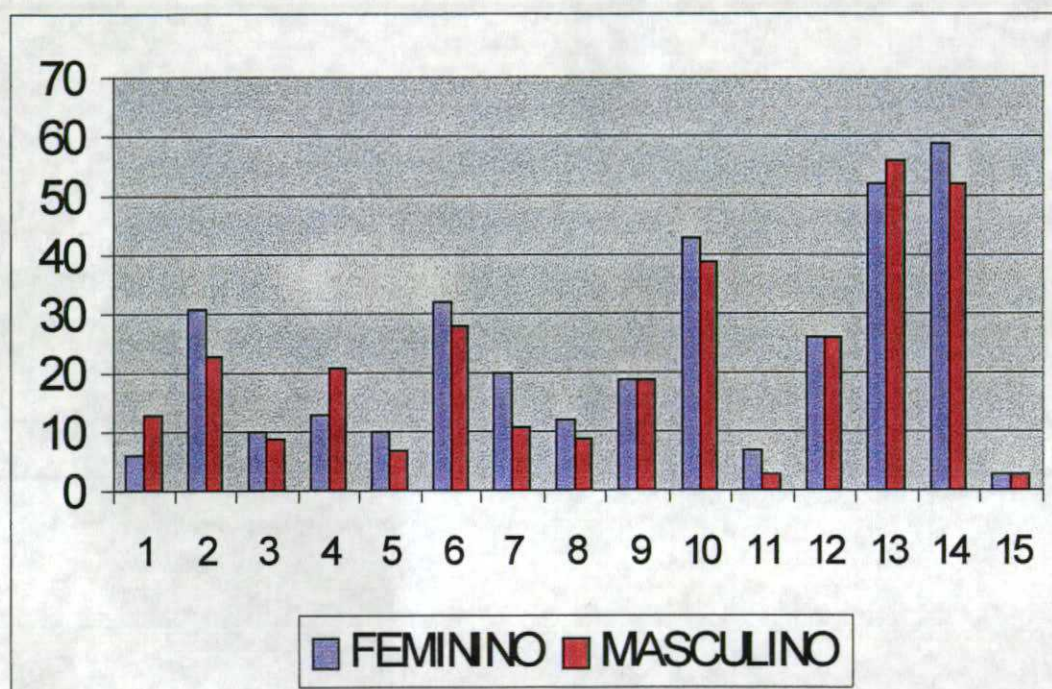


**TABELA 3 – RELACIONA A DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS EM 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGENS**

GRUPO NOSOLÓGICO	VALOR ABSOLUTO	POCERTAGEM
grupo 1	19	2,87
grupo 2	54	8,16
grupo 3	19	2,87
grupo 4	34	5,14
grupo 5	17	2,57
grupo 6	60	9,06
grupo 7	31	4,68
grupo 8	21	3,17
grupo 9	38	5,74
grupo 10	82	12,39
grupo 11	10	1,51
grupo 12	52	7,85
grupo 13	108	16,31
grupo 14	111	16,77
grupo 15	6	0,91
TOTAL	662	100%

Legenda grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos, grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais, grupo 3 = genodermatoses, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas, grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 10 = normal/alterações mínimas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 13 = lesões císticas, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias, grupo 15 = outros

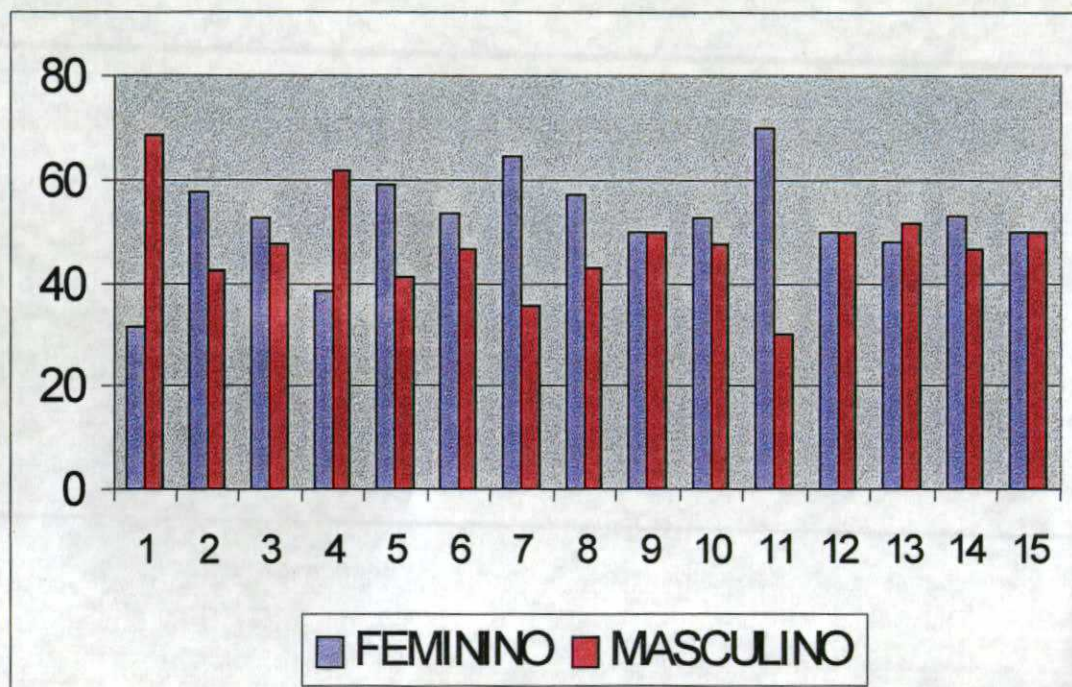
**GRÁFICO 15 – CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



Legenda: grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos; grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais; grupo 3 = genodermatoses; grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas; grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas; grupo 7 = doenças vasculares; grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas; grupo 9 = doenças infecciosas; grupo 10 = normal/alterações mínimas; grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites; grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares; grupo 13 = lesões císticas; grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias; grupo 15 = outros



**GRÁFICO 16 - CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR. VALORES EM PORCENTAGEM.**



Legenda: grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos; grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais; grupo 3 = genodermatoses; grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas; grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas; grupo 7 = doenças vasculares; grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas; grupo 9 = doenças infecciosas; grupo 10 = normal/alterações mínimas; grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites; grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares; grupo 13 = lesões císticas; grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias; grupo 15 = outros



**TABELA 4 - CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGENS EM RELAÇÃO AO TOTAL POR GRUPO.**

GRUPO NOSOLÓGICO/SEXO	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL POR GRUPO NOSOLÓGICO
	N	%	N	%	
1	6	31,58	13	68,42	19
2	31	57,41	23	42,59	54
3	10	52,63	9	47,37	19
4	13	38,24	21	61,76	34
5	10	58,82	7	41,18	17
6	32	53,33	28	46,67	60
7	20	64,52	11	35,48	31
8	12	57,14	9	42,86	21
9	19	50	19	50	38
10	43	52,44	39	47,56	82
11	7	70	3	30	10
12	26	50	26	50	52
13	52	48,15	56	51,85	108
14	59	53,15	52	46,85	111
15	3	50	3	50	6
<b>TOTAL POR SEXO</b>	<b>343</b>		<b>319</b>		<b>662</b>

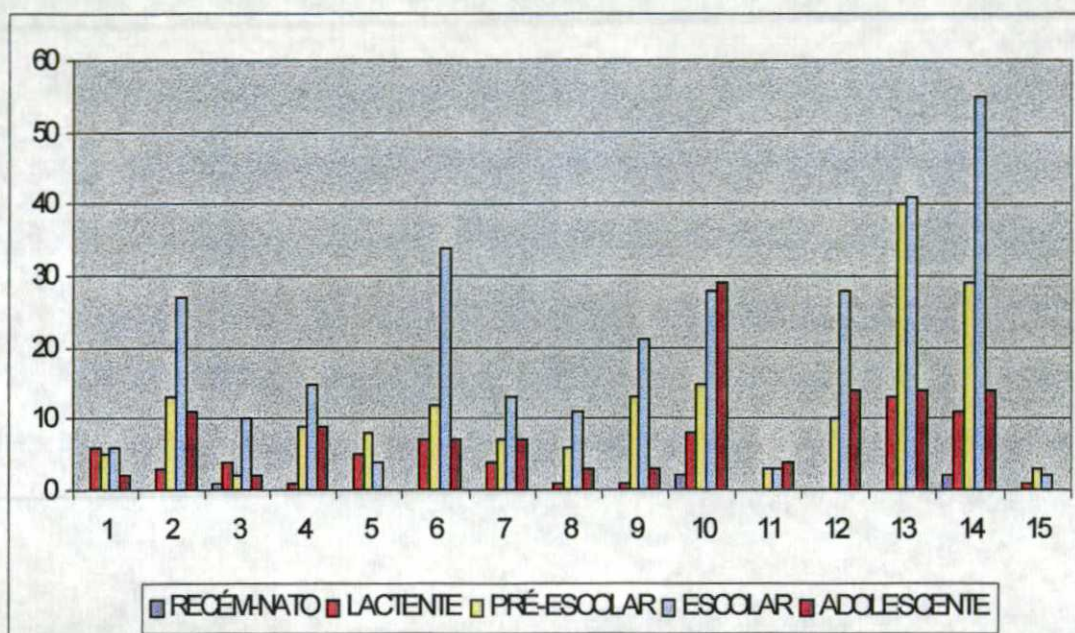
Legenda N = numero absoluto % = porcentagem grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais grupo 3 = genodermatoses grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas grupo 5 = doenças vesiculosas bolhosas e pustulosas não infecciosas grupo 6 = doenças escamosas papulosas e entematosas grupo 7 = doenças vasculares grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas grupo 9 = doenças infecciosas grupo 10 = normal/alterações mínimas grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares grupo 13 = lesões císticas grupo 14 = neoplasias benignas e malignas metastáticas ou primárias grupo 15 = outros

**TABELA 5 - CORRELACIONA OS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM O SEXO DOS PACIENTES. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGENS EM RELAÇÃO AO TOTAL POR SEXO.**

GRUPO NOSOLÓGICO/SEXO	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL POR GRUPO NOSOLÓGICO
	N	%	N	%	
1	6	1,75	13	4,08	19
2	31	9,04	23	7,21	54
3	10	2,92	9	2,82	19
4	13	3,79	21	6,58	34
5	10	2,92	7	2,19	17
6	32	9,33	28	8,78	60
7	20	5,83	11	3,45	31
8	12	3,5	9	2,82	21
9	19	5,54	19	5,96	38
10	43	12,54	39	12,23	82
11	7	2,04	3	0,94	10
12	26	7,58	26	8,15	52
13	52	15,16	56	17,55	108
14	59	17,2	52	16,3	111
15	3	0,86	3	0,94	6
<b>TOTAL POR SEXO</b>	<b>343</b>		<b>319</b>		<b>662</b>

Legenda N = numero absoluto, % = porcentagem, grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos, grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais, grupo 3 = genodermatoses, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 10 = normal/alterações mínimas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 13 = lesões císticas, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias, grupo 15 = outros

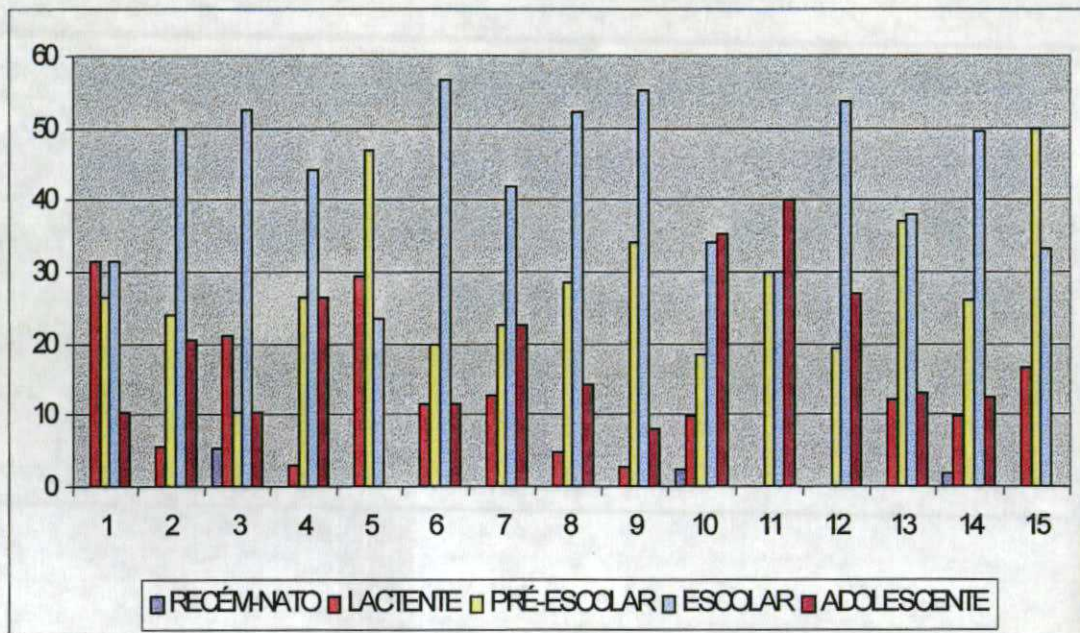
**GRÁFICO 17 – CORRELACIONAOS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO.**



Legenda: grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos; grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais; grupo 3 = genodermatoses; grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas; grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas; grupo 7 = doenças vasculares; grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas; grupo 9 = doenças infecciosas; grupo 10 = normal/alterações mínimas; grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites; grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares; grupo 13 = lesões císticas; grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias; grupo 15 = outros.



**GRÁFICO 18 - CORRELACIONAOS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. VALORES EM PORCENTAGEM.**



Legenda: grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos; grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais; grupo 3 = genodermatoses; grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas; grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas; grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas; grupo 7 = doenças vasculares; grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas; grupo 9 = doenças infecciosas; grupo 10 = normal/alterações mínimas; grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites; grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares; grupo 13 = lesões císticas; grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias; grupo 15 = outros.

**TABELA 6 - CORRELACIONAOS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGENS EM RELAÇÃO AO TOTAL POR GRUPO NOSOLÓGICO.**

G.N/GE	RECÉM-NATOS		LACTENTES		PRÉ-ECOLARES		ESCOLARES		ADOLESCENTES		TOTAL -GN
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	0	0	6	31,58	5	26,32	6	31,58	2	10,52	19
2	0	0	3	5,56	13	24,08	27	50	11	20,36	54
3	1	5,26	4	21,05	2	10,53	10	52,63	2	10,53	19
4	0	0	1	2,94	9	26,47	15	44,12	9	26,47	34
5	0	0	5	29,42	8	47,06	4	23,52	0	0	17
6	0	0	7	11,67	12	20	34	56,66	7	11,67	60
7	0	0	4	12,90	7	22,58	13	41,94	7	22,58	31
8	0	0	1	4,76	6	28,57	11	52,38	3	14,29	21
9	0	0	1	2,63	13	34,21	21	55,26	3	7,90	38
10	2	2,44	8	9,76	15	18,29	28	34,15	29	35,36	82
11	0	0	0	0	3	30	3	30	4	40	10
12	0	0	0	0	10	19,23	28	53,85	14	26,92	52
13	0	0	13	12,04	40	37,04	41	37,96	14	12,96	108
14	2	1,8	11	9,9	29	26,13	55	49,55	14	12,62	111
15	0	0	1	16,67	3	50	2	33,33	0	0	6
TOTAL-GE	5		65		175		298		119		662

Legenda GE = grupo etário GN = grupo nosológico, N = número absoluto, % = porcentagem, grupo 1 = pólipos e apêndices cutâneos, grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais, grupo 3 = genodermatoses, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas, grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e entematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 10 = normal/alterações mínimas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 13 = lesões císticas, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias, grupo 15 = outros

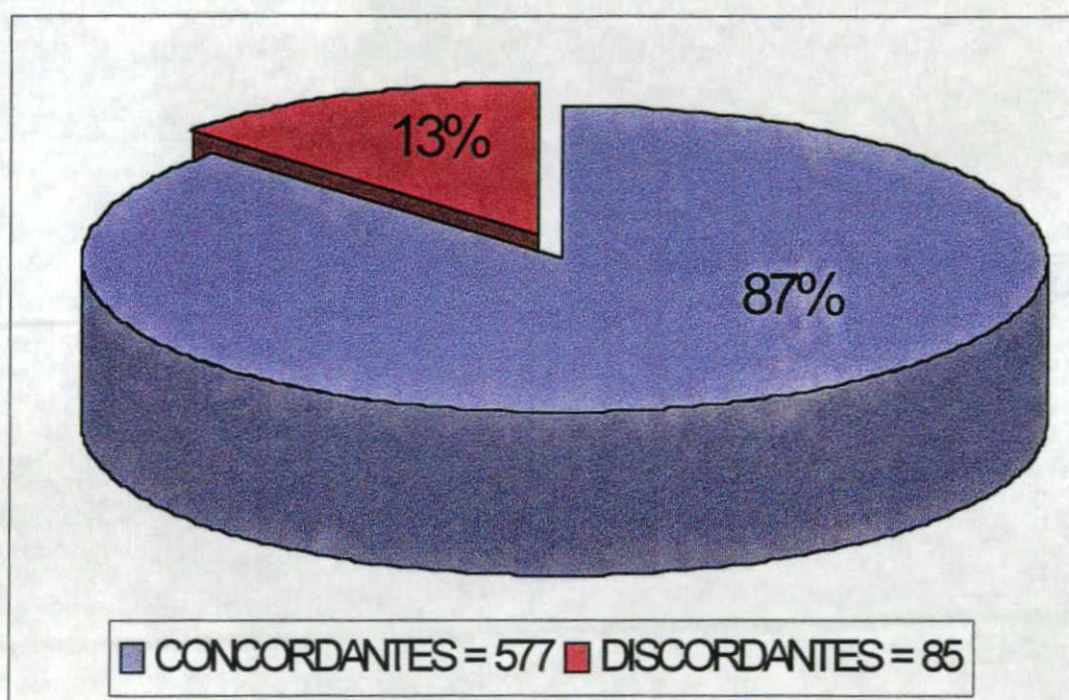
**TABELA 7 - CORRELACIONAOS 15 GRUPOS NOSOLÓGICOS COM OS SEUS GRUPOS ETÁRIOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. VALORES EM NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGENS EM RELAÇÃO AO TOTAL POR GRUPO ETÁRIO.**

G.N/GE	RECEM-NATOS		LACTENTES		PRÉ-ECOLARES		ESCOLARES		ADOLESCENTES		TOTAL GN
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	0	0	6	9,23	5	2,86	6	2,01	2	1,68	19
2	0	0	3	4,62	13	7,43	27	9,06	11	9,24	54
3	1	20	4	6,15	2	1,14	10	3,36	2	1,68	19
4	0	0	1	1,54	9	5,14	15	5,03	9	7,56	34
5	0	0	5	7,69	8	4,57	4	1,34	0	0	17
6	0	0	7	10,77	12	6,86	34	11,41	7	5,88	60
7	0	0	4	6,15	7	4	13	4,36	7	5,88	31
8	0	0	1	1,54	6	3,43	11	3,69	3	2,52	21
9	0	0	1	1,54	13	7,43	21	7,05	3	2,52	38
10	2	40	8	12,31	15	8,57	28	9,4	29	24,37	82
11	0	0	0	0	3	1,71	3	1,01	4	3,36	10
12	0	0	0	0	10	5,71	28	9,4	14	11,77	52
13	0	0	13	20	40	22,87	41	13,76	14	11,77	108
14	2	40	11	16,92	29	16,57	55	18,45	14	11,77	111
15	0	0	1	1,54	3	1,71	2	0,67	0	0	6
<b>TOTAL GE</b>	5		65		175		298		119		662

Legenda GE = grupo etário, GN = grupo nosológico, N = numero absoluto, % = porcentagem, grupo 1 = polipos e apêndices cutâneos, grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais, grupo 3 = genodermatoses, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas, grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 10 = normal/alterações mínimas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 13 = lesões císticas, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias, grupo 15 = outros



**GRÁFICO 19 – RELAÇÃO ENTRE OS CASOS CONCORDANTE E DISCORDANTES APÓS A REVISÃO FEITA PELA MESTRANDA E PELO DERMATOPATOLOGISTA. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n=662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA, UFPR. VALORES EM PORCENTAGEM E NÚMERO ABSOLUTO.**





## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 EXPERIMENTO I - A EMBRIOLOGIA, A HISTOLOGIA E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA PELE HUMANA:

A embriologia da pele humana é uma ciência básica fundamental para o completo entendimento de todas as doenças do tegumento, principalmente na faixa pediátrica onde há grande variedade de doenças decorrentes de defeitos do desenvolvimento normal da pele. O mesmo se pode dizer do conhecimento da histologia básica da pele e de suas variações anatômicas. Os resultados dos nosso estudo estão de acordo com a literatura apresentada como sumariza o quadro 3.

#### QUADRO 3 - SUMÁRIO ESQUEMATIZADOS DOS PRINCIPAIS EVENTOS EMBRIOLÓGICOS DA PELE HUMANA ENCONTRADOS NO NOSSO ESTUDO E NA LITERATURA REVISADA:

ID	EPIDERMIE	DERME	HIPODERME	ANEXOS	VASOS	NERVOS	MELANÓCITOS	LANGERHANS
5s								
9s								
10s								
11s								
12s								
13s								
17s								
20s								
23s								
25s								
27s								
28s								
31s								
1 a								
2 a								
14 a								

Legenda: ID = idade gestacional em semanas (s) ou tempo de vida em anos (a); = ausente; = estágio inicial

de diferenciação; = estágio intermediário de diferenciação; = estágios finais de diferenciação; = maduro.

Para a melhor compreensão da embriologia da pele humana através de estudo histológico, é necessário que se tome o cuidado de amostrar a pele de fetos em diversas idades gestacionais, com intervalos de no máximo uma semana no primeiro trimestre da gestação, intervalo este que pode ser alargado progressivamente no segundo e terceiro trimestre da vida intra-uterina. Isto porque a fase de inicial de diferenciação da pele, que é muito acelerada, ocorre ao longo do primeiro trimestre, sendo que no segundo, a grande maioria dos compartimentos da pele já estão em grau intermediário ou até avançado de diferenciação e no terceiro trimestre a diferenciação, crescimento e maturação das estruturas da pele estão se completando. Isto é demonstrado pelo nosso experimento, onde os intervalos entre as idades gestacionais do pacientes estudados são mais próximos entre si nos três primeiros meses de vida intra-uterina e vão se alargando ao longo do segundo e terceiro trimestre da gestação.

É muito importante, também, que o local da amostragem seja sempre o mesmo a fim de se ter um padrão de comparação para acompanhar a diferenciação, crescimento e maturação das estruturas da pele. Isto porque algumas estruturas iniciam a sua diferenciação em idades gestacionais diferentes conforme o local do tegumento estudado, como por exemplo os folículos pilosos que iniciam sua diferenciação nas sobrancelhas por volta da 9ª semana, porém só aparecem nas porções mais caudais por volta da 12ª (HASHIMOTO, 1970).

A orientação adequada dos cortes histológicos, com a face dermoepidérmica voltada para a face de corte do bloco histológico, é de grande valia pois permite o estudo da junção dermoepidérmica e das estruturas da derme, consecutivamente, ao longo da vida intra-uterina, sempre na mesma posição. Como o grau de



diferenciação das estruturas da derme, principalmente os anexos, depende, em parte, da sua posição em relação a junção dermoepidérmica, esta orientação passa a ser de grande importância (HASHIMOTO, 1970, HASHIMOTO, GROSS e LEVER, 1965, HASHIMOTO, GROSS e LEVER, 1966)

Os melanócitos e células de Langerhans, quando aparecem pela primeira vez na epiderme já estão em fase avançada de diferenciação. Isto porque a sua diferenciação ocorre ao longo de sua migração da crista neural para o mesênquima primitivo e daí para a epiderme. Durante esta migração eles não podem ser distinguidos das células mesenquimais primitivas por métodos histológicos convencionais. Seria necessário o uso de imunohistoquímica com marcadores específicos para diferenciá-los (BECKER e ZIMMERMANN, 1955, HOLBROOK, UDERWOOD e VOGEL, 1989)

As células de Merkel, mesmo completamente maduras, não são visíveis por métodos histológicos convencionais. O uso de imunohistoquímica e microscopia eletrônica poderia auxiliar no estudo da embriologia destas células (BLEGGI-TORRES, NORONHA e TELLES, 1995)

Observamos ainda que a pele humana, após o 7º mês de vida intra-uterina já está praticamente madura, muito semelhante a pele de uma criança a termo. As modificações pos-natais ocorrem por conta das necessidades da pele de adaptação ao meio ambiente e as funções que passará a exercer. Assim, a pele das palmas das mãos e das plantas dos pés se espessam para se adaptar ao maior atrito sofrido nesta área, a pele das axilas apresenta inúmeras glândulas sudoríparas que exacerbam a sua secreção a fim de eliminar água e eletrólitos para equacionar a

temperatura corporal e na pele do couro cabeludo surgem inúmeros folículos pilosos e glândulas sebáceas (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

Durante a puberdade a pele humana sofre novas transformações como o desenvolvimento de pelos na face dos homens e aparecimento pelos pubianos nas meninas e meninos (URMACHER, 1995, ACKERMAN, 1997)

## 6.2 EXPERIMENTO II - A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE PELE QUE ACOMETEM AS CRIANÇAS

### 6.2.1 Aspectos Gerais:

Desde o final do século passado já havia um grande interesse na dermatologia como especialidade médica e na distribuição das entidades nosológicas que acometem o tegumento, devido ao grande número de pacientes com queixa dermatológica nos pronto-atendimentos dos hospitais em geral, especialmente as crianças (DUREPAIRE, PRUNIERAS, 1977, LUCKY et al, 1993, GARZON et al, 1995, FINLAY, 1997)

Além disso, o interesse pela dermatologia pediátrica vem aumentando com o passar do tempo, sendo que nas duas últimas décadas este profissional tem sido muito valorizado (KROWCHUK, TUNNESSEN e HURWITZ, 1992, JANNIGER e SCHWARTZ, 1996) PERLMAN (1965) escreveu um artigo sobre a subespecialidade dermatologia pediátrica comentando que ela teve início em 1912 quando Carl Leiner publicou um manual especializado em dermatoses infantis e ressaltando que na década de 60 cerca de 10 a 15% das queixas dos pacientes pediátricos eram dermatológicas MASAWA e SAMITZ (1976) relataram que na Tanzânia (África) cerca de 20 a 60% dos problemas médicos eram doenças de pele, e uma boa porcentagem destes eram crianças MENDENHALL et al (1978) estudou o perfil da dermatologia nos Estados Unidos da América e relatou que cerca de 7000 pacientes eram atendidos por ano por dermatologistas sendo que 2% tinham idade menor que 5 anos ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN (1989) analisaram 662 casos dermatológicos em um hospital geral da Índia e notaram que cerca de 10% dos



casos eram pediátricos SHIVARAM, CHRISTOPH e HAIDEN (1993) relataram o resultado de um estudo em um hospital da Virgínia (EUA) onde analisaram 1381 visitas na emergência pediátrica e cerca de 40% tinham lesões de pele, seja como queixa principal ou achados ocasionais, sendo que a grande maioria das lesões eram traumas KROWCHUK, BRADHAM e FLEISCHER (1994) revisaram os diagnósticos dermatológicos do ano de 1990 nos Estados Unidos da América Foram realizadas neste ano cerca de 163 milhões de consultas médicas em geral em pacientes com menos de 18 anos sendo que 78% tinham menos de 12 anos e destes, 10% tinham queixa dermatológica FALANGA et al (1994) revisou as consultas dermatológicas de um hospital de Miami (EUA) durante 8 meses e observou que 22% dos pacientes tinham até 18 anos de idade, sendo que 14% das consultas dermatológicas daquele hospital eram da pediatria Não encontramos na literatura nacional estudos semelhantes

Desde há muito tempo vem se ressaltando a necessidade de profissionais com treinamento adequado a fim de atender a grande quantidade de pacientes pediátricos com queixas dermatológicas Em 1965, PERLMAN já falava a este respeito e em 1986, HONIG e BURKE descreveram um estudo sobre a dermatologia pediátrica nos Estados Unidos da América ressaltando que a grande maioria destes profissionais naquele país eram formados em ambas as especialidades (pediatria e dermatologia) Parece que a formação dupla é o objetivo mais recente destes profissionais, uma vez que um treinamento melhor é necessário para acompanhar os avanços cada vez mais acelerados desta subespecialidade (RASMUSSEN e O'GRADY, 1992, OWEN, MAEYENS e WEARY, 1997)

Com os avanços tecnológicos de diagnósticos e tratamentos na área da dermatologia pediátrica destas últimas décadas (RASMUSSEN e O'GRADY, 1992) houve a necessidade que os profissionais médicos envolvidos com métodos diagnósticos utilizados em dermatopediatra também sofressem uma conscientização para um melhor treinamento nesta área a fim de acompanhar as mudanças e contribuir para uma medicina de maior qualidade

O exame anatomopatológico é um método de grande utilidade no diagnóstico das doenças de pele MENDENHALL et al (1978) relatou em seu estudo que em cerca de 27% dos casos dermatológicos um exame complementar é necessário e em 8,2% dos casos a biópsia é o procedimento de escolha FALANGA et al (1994) em seu estudo sobre consultas dermatológicas em um hospital geral de Miami (EUA) analisou 591 pacientes e em cerca de 205 (34,7%) deles a biópsia foi realizada

O Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas de Curitiba – UFPR, realizou entre os anos de 1990 a 1995 55 100 exames anatomopatológicos, sendo que destes, 2755 (5%) eram solicitados pelas clínicas pediátricas ou pela cirurgia pediátrica de um modo geral (vide gráfico 1) A dermatologia pediátrica foi responsável, no mesmo período, pela solicitação de 662 (1%) exames anatomopatológicos (vide gráfico 2) A dermatologia pediátrica foi responsável, ainda, por 24% do movimento de biópsias na área pediátrica (vide gráfico 3), sendo que 74% destas eram de pele com amostragem da epiderme e 26% de pele sem amostragem da epiderme, somente com derme e tecido celular subcutâneo (vide gráfico 4)

### 6.2.2 Epidemiologia Clínica:

A distribuição quanto ao sexo dos pacientes biopsiados (gráfico 5) demonstrou leve predominância das meninas (52%) sobre os meninos (48%). Na grande maioria dos estudos revisados (RUBIN e PARISH, 1974, FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS, 1974, FALANGA et al, 1994, KROWCHUK, BRADHAM e FLEISCHER, 1994) não houve diferença estatística entre os sexos ou houve uma leve predominância entre pacientes do sexo feminino (MENDENHALL et al, 1978). Este fato pode ser explicado pelo maior interesse das meninas por sua pele e questões estéticas do que os meninos. Já ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN (1989) relataram que na Índia 76% dos casos dermatológicos são do sexo masculino. Isto pode ser explicado pelo fato de que os meninos daquele país, por questões religiosas, são mais expostos ao meio ambiente que as meninas, e contraem muitas doenças infecciosas da pele.

A curva etária dos pacientes do nosso estudo (gráfico 6) apresentou dois picos, um entre o primeiro e o segundo ano de vida e o outro entre os 12 e 15 anos de idade. Se observamos estes picos em relação ao sexo dos pacientes (gráficos 7, 8 e 9) podemos notar que os meninos são os principais responsáveis pelo maior número de biópsias entre o primeiro e o segundo ano de vida, e que o número de biópsias nas meninas aumenta muito a partir dos 10 anos, tendo um pico em torno dos 14 a 15 anos. FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS (1974) relatam em seu estudo na África do Sul com 9877 crianças exatamente a mesma curva etária encontrada no nosso estudo. Isto é, que há uma maior prevalência de queixas dermatológicas em meninos até os 2 anos de idade e que a partir daí há um aumento de meninas nos consultórios dermatológicos em relação aos meninos. Isto pode ser o reflexo de uma



maior preocupação, em ambos os estudos, das meninas com sua pele a medida que vão crescendo

Os pacientes deste estudo foram divididos em grupos etários conforme relatado no capítulo material e métodos. Sendo assim, há uma grande predominância de biópsias de pele entre os pre-escolares, escolares e adolescentes em relação aos recém-natos e lactentes neste estudo (vide gráfico 10). Isto se mantém mesmo se analisarmos esta classificação em relação ao sexo dos pacientes (gráficos 11, 12 e 13), sendo que há uma predominância de biópsias entre os adolescentes do sexo feminino em relação ao masculino neste estudo, como já havíamos notado na curva etária (gráfico 9). Esta distribuição pode ser o reflexo de que a medida que a criança vai crescendo, vão aumentando o número de entidades nosológicas que acometem a pele, e sendo assim o dermatologista tem mais hipóteses clínicas a considerar, necessitando com mais frequência de exames complementares, entre eles a biópsia, para a confirmação do seu diagnóstico. A carência de estudos epidemiológicos semelhantes ao nosso na literatura revisada impede uma adequada comparação dos nossos resultados.

### **6.2.3 Considerações sobre classificações nosológicas:**

As afecções que acometem o tegumento humano são muitas e numerosas e sendo assim, há necessidade de classificá-las de diversas maneiras a fim de facilitar o seu estudo clínico e anatomopatológico (ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997).

Uma maneira de classificar as lesões cutâneas é utilizando-se do compartimento da pele que elas acometem. Sendo assim, as lesões que acometem predominantemente a epiderme, tais como as ictioses, a hiperqueratose

epidermolítica e a epidermólise bolhosa além das neoplasias da epiderme são classificadas em um grupo, as lesões puramente dérmicas como as doenças do colágeno e dos anexos cutâneos são classificadas em outro grupo e as doenças da hipoderme tais como as paniculites ficam em um terceiro grupo. Este sistema de classificação em sua forma pura não é o ideal pois coloca em um mesmo grupo lesões de diversas origens, como por exemplo os tumores de anexos e as colagenoses, ambos localizados na derme (MACKEE e MARSDEN, 1996, ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997)

A padrão lesional pode ser utilizado como método de classificação das lesões de pele. A pele possui 6 padrões lesionais básicos de apresentação das entidades nosológicas: a) padrão liquenóide de reação tecidual, b) padrão psoriasiforme, c) padrão de reação espongiótico, d) padrão vesículo-bolhoso, e) padrão granulomatoso, f) padrão vasculopático. Esta classificação é muito boa do ponto de vista histopatológico, porém não enquadra algumas paniculites, certas doenças do colágeno e todos os tumores. Além disso, agrupa doenças completamente diferentes do ponto de vista etiológico e clínico, como acontece com a hanseníase tuberculóide e o granuloma anular que estão dentro do mesmo grupo de padrão granulomatoso de reação tecidual (MACKEE e MARSDEN, 1996, WEEDON, 1997, ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997)

As lesões de pele também podem ser classificadas de acordo com a sua aparência clínica, porém, esta classificação também tem as suas falhas, uma vez que doenças completamente diferentes do ponto de vista anatomopatológico podem ter apresentação clínica muito semelhante como por exemplo a micose fungóide que na sua fase inicial pode se apresentar com eritrodermia, uma forma clínica que

também pode estar presente nos eczemas (FITZPATRICK et al, 1979, MACKEE e MARSDEN, 1996, ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997)

A fisiopatogenia também podem ser utilizadas para classificar as lesões do tegumento, assim, as doenças de pele congênitas são classificadas todas no mesmo grupo, assim como as doenças causadas por agentes externos estão classificadas em outro grupo, mesmo tendo padrões de reação tecidual e apresentações clínicas diferentes (FITZPATRICK et al, 1979, MACKEE e MARSDEN, 1996, ELDER, ELENITSAS e JOHNSON, 1997)

Atualmente, as classificações mais usadas são aquelas que se utilizam de uma mistura das classes acima citadas, agrupando da melhor forma possível as entidades nosológicas afins, uma vez que não existe uma classificação perfeita em dermatopatologia. Sendo assim, para efeitos deste estudo, nós optamos por usar a classificação adaptada para a pediatria, de acordo com as entidades mais prevalentes encontradas neste grupo etário. Esta classificação é uma adaptação de algumas classificações encontradas em diversos livros de dermatologia e está sumarizada no quadro 1 do capítulo material e métodos e no gráfico 14 e tabela 3 dos resultados.

O tragus acessório e o acrocórdon, por exemplo, estão classificados no grupo (1) dos pólipos e apêndices cutâneos. Estas entidades são extremamente comuns na infância, sendo então colocadas em um grupo a parte. No nosso estudo o tragus acessório (n=6) e o acrocórdon (n=4) são as lesões mais prevalentes deste grupo (BANIK e LUBACH, 1987, HOWARD, 1998).

O grupo (2) das inflamações crônicas e cicatrizes foi criado pela alta prevalência neste estudo de diagnósticos anatomopatológicos inespecíficos. Os



casos de biópsias com alterações inflamatórias inespecíficas e/ou cicatriciais estão representados por diagnósticos como inflamações crônicas inespecíficas (n=24), fibroses/escleroses dermicas (n=10) e quelóides e cicatrizes hipertróficas (n=8)

As genodermatoses (grupo 3), doenças congênitas de pele, são representadas pelo nevo epidérmico, a epidermólise bolhosa e a acantose nigricans entre outros. O nevo epidérmico, considerado uma malformação do desenvolvimento da epiderme, a epidermólise bolhosa é um grupo heterogêneo de desordens não inflamatórias do desenvolvimento da epiderme em que ocorre a formação de vesículas e bolhas após traumas locais leves devido a um defeito congênito de diversos tipos de colágenos e fibras de ancoragem da epiderme e a acantose nigricans é a manifestação cutânea de diversas doenças que incluem câncer em órgãos internos, síndromes congênitas e desordens endócrinas. Quanto as síndromes congênitas aparece associada a casos de lipoatrofia, síndrome de Prader-, Willi e hiperplasia de pineal. Neste estudo, o grupo 3 apresenta uma grande variedade de entidades com pequeno número, sendo que há uma prevalência maior dos nevos epidérmicos (n=6) em relação as outras doenças ( KURI, MALDONADO e TAMAYO, 1978, ROGERS, MCCROSSIN e COMMENS, 1989, HORN, PRIESTLEY e EADY, 1997)

A doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e as farmacodermias foram classificadas no grupo (4) das doenças causadas por agentes externos. Os pacientes com transplante de medula óssea (TMO) podem apresentar tanto aguda quanto cronicamente a DECH que é uma doença sistêmica com importantes manifestações cutâneas caracterizadas por eritema e descamação. Já o eritema polimorfo é uma lesão de expressão clínica variegada e de duração autolimitada, geralmente

associada com o uso de medicamentos. Este grupo apresenta 20 casos de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e 6 casos de eritema polimorfo como as entidades mais prevalentes (HORN, 1997)

No grupo (5) das doenças vesículo-bolhosas ou pustulosas temos como exemplo a dermatite herpetiforme, uma doença bolhosa crônica de etiologia desconhecida caracterizada por fendas subepidérmicas. O pênfigo foliáceo também é outra entidade importante deste grupo e se caracteriza por fenda supra-basal. Além disto, este grupo pode apresentar um grande número de diagnósticos anatomopatológicos inespecíficos, tais como bolhoses intra ou subepidérmicas. Isto reflete a dificuldade que o patologista tem em diagnosticar doença bolhosa crônica da infância sem associar os quadros histopatológicos com a clínica, uma vez que os primeiros são muitas vezes superponíveis. No nosso estudo, este grupo apresenta uma prevalência dos diagnósticos puramente morfológicos como bolhoses intraepidérmicas (n=4), subepidérmicas (n=5) e pústula subcornea (n=2) sobre àqueles que definem entidades específicas tais como dermatite herpetiforme (n=4) ou pênfigo foliáceo (n=2) (AJITHKUMAR, KURIAN e JACOB, 1997)

O grupo (6) das doenças escamosas, papulosas e eritematosas compreende as psoríases, líquens e eczemas. Estas lesões tem quadros clínicos muito semelhantes entre si, com tratamentos completamente diferentes. Por isso o clínico tende a fazer uso da biópsia de pele e do exame anatomopatológico para definir melhor o quadro, uma vez que o padrão de reação tecidual é completamente diferente. Os diagnósticos mais prevalentes no nosso estudo foram as dermatites espongíóticas e grupo eczema (n=33) e as dermatites psoriasiformes e psoríases (n=10) (COHEN, SKOPICKI e HARRIST, 1997)

O grupo (7) das doenças vasculares da pele compreende as urticárias e as vasculites leucocitoclásicas que apresentam padrão vasculopático de reação tecidual. As vasculites leucocitoclásicas são extremamente comuns na infância e podem ser causadas por drogas ou infecções, entre outras etiologias. O nosso estudo apresenta a vasculite leucocitoclásica como entidade mais prevalente deste grupo, com 10 casos, seguida da púrpura pigmentar crônica e da pitíriase liquenóide crônica, ambas com 4 casos (ATHREYA, 1996).

O grupo (8) das doenças granulomatosas não infecciosas compreende o granuloma anular e os nódulos reumatóides. O granuloma anular é uma lesão de etiologia desconhecida muito comum na infância. No nosso estudo, este grupo é representado principalmente pelo granuloma anular (n=8) e pelo granuloma de corpo estranho (n=8) (VEYS e KEYSER, 1993, MAGRO, CROWSON e REGAUER, 1996).

As infecções foram classificadas em um grupo (9) a parte. As doenças infecciosas mais prevalentes neste estudo foram a verruga viral com 10 casos e a leishmaniose e o molusco contagioso com 4 casos cada um. Observamos ainda que em 6 casos o agente etiológico não pode ser identificado pelo patologista, ficando apenas com o diagnóstico de granuloma tuberculóide. A verruga viral ou verruga vulgar é geralmente causada pelo HPV, tipo 1, 2, 4 e 7 e a leishmaniose tegumentar americana é uma infecção da pele causada por protozoários do gênero *Leishmania* que têm como vetor as moscas do gênero *Lutzomyia*, e engloba três entidades clínico-patológicas distintas: leishmaniose cutânea, leishmaniose cutâneo-mucosa e leishmaniose cutânea difusa (COLLANTES, 1995, KILKENNY e MARKS, 1996).



O grupo 10 (normal/alterações mínimas) foi criado para classificar aquelas biópsias de pele em que um diagnóstico nosológico não foi possível pois a histologia do fragmento retirado era semelhante a da pele normal (n = 10) ou com alterações muito discretas não suficientes para elaboração ou confirmação de uma hipótese diagnóstica (n= 72). A alta prevalência de diagnósticos anatomopatológicos com alterações mínima não suficientes para um diagnóstico específico (12,39%) é facilmente explicada e dermatopatologia. Existem cerca de 20 diagnósticos clínicos possíveis quando um diagnóstico histopatológico de pele normal é emitido. Dentre eles, o vitiligo, doença comum da fase escolar que se manifesta com despigmentação da pele pela destruição auto-imune dos melanócitos e as genodermatoses. Porém, o estudo histopatológico contribuiu para afastar outras dermatoses com expressão anatomopatológica, auxiliando os clínicos na exclusão dos diagnósticos diferenciais e na elucidação correta da entidade nosológica.

As paniculites e as doenças do tecido conjuntivo estão classificadas em um único grupo (11). Os representantes mais prevalentes deste grupo neste estudo foram a esclerodermia e o entema nodoso. A esclerodermia é uma doença do colágeno caracterizada pela deposição acentuada e desordenada desta substância na pele e também em outros órgãos. O entema nodoso é uma paniculite septal aguda, dolorosa e entematosa com formação de nódulos subcutâneos. As doenças do tecido conjuntivo e as paniculites que acometeram as crianças deste estudo estão representadas por 5 casos de esclerodermia, 3 de entema nodoso e 2 de dermatomiosite (LEHMAN, 1996).

Todos os nevos melanocíticos são classificados em um único grupo (12). São tumores constituídos por células névicas, melanócitos que perdem seus processos

dendríticos e formam ninhos na derme. A maioria dos nevos melanocíticos aparece durante a infância e adolescência, com maior prevalência no sexo masculino e na etnia branca. Os nevos intradérmicos são lesões nodulares ou polipóides com coloração avermelhada ou levemente pigmentada e os nevos compostos variam desde mínimas lesões elevadas a estruturas polipóides e apresentam tecas ou ninhos de células névicas na região basal da epiderme. O nevo de Spitz é uma forma peculiar de nevo melanocítico que apresenta algumas características microscópicas de melanoma maligno tais como acentuado epidermotropismo, o que pode dificultar o diagnóstico anatomopatológico. O nevo congênito ocorre em aproximadamente 1% dos recém-natos, é geralmente solitário e tem predileção pela região do tronco. A maioria aparece logo após o nascimento e mede menos que 10mm de diâmetro. Nevos congênitos podem ser juncionais, compostos ou intradérmicos, dependendo da idade em que foram removidos. O nevo displásico é um nevo clinicamente distinto com características histológicas próprias e maior risco de transformação para melanoma. A lesão possui caráter hereditário e ocorre em 2 a 18% da população. Manifesta-se por lesões pigmentadas, que mesclam a coloração escura, parda e avermelhada, com contornos irregulares. Os distúrbios pigmentares e as lesões melânicas compreendem, no nosso estudo, os nevos melanocíticos compostos (n=13) e os nevos melanocíticos intradérmicos (n=12) seguidos da melanose dérmica residual pós-inflamatória (n=7), do nevo displásico ou nevo de Clark (n=6) e do nevo melanocítico de padrão congênito (n=5), entre outros menos prevalentes (GOLMAN, 1984, BARNHILL e MIHM, 1989, DECOSTE e STERN, 1993, GROSSOCAPUTO, ACKERMAN e SISON-TORRE, 1993).

As lesões císticas são extremamente comuns na infância, e por isso foram classificadas em um grupo (13) a parte. O cisto mais comum na infância é o cisto de inclusão epidérmica (epidermóide), localizado predominantemente na cabeça, pescoço e tronco, mas pode ocorrer em qualquer parte do organismo, sendo geralmente secundário a trauma local. Já os cistos dermóides estão presentes geralmente ao nascimento, mais comumente na cabeça. Podemos observar neste estudo a alta prevalência dos cistos ( $n = 95$ ) de pele na faixa etária pediátrica em relação as fístulas ( $n=13$ ). As lesões císticas mais comumente observadas neste estudo foram o cisto de inclusão epidérmica ( $n=41$ ), o cisto dermóide ( $n=22$ ) e o cisto tireoglosso ( $n=17$ ). A fístula mais comum foi a do tipo branquial ( $n=10$ ) (AGATOON e GAY, 1996).

Todas as neoplasias da pele, sejam elas benignas ou malignas, primárias ou metastáticas foram classificadas em um único grupo (14). Além disso, neste grupo foram colocadas as lesões hamartomatosas, que apesar de não serem verdadeiras neoplasias, são diagnóstico diferencial das mesmas, e tem apresentação clínica e por vezes histopatológica, muitas vezes semelhantes a estas. Os hemangiomas são neoplasias extremamente comuns especialmente na infância. Parecem representar um tipo de anomalia do desenvolvimento, entretanto a maioria não é aparente ao nascimento. O linfangioma também é uma neoplasia vascular extremamente comum na infância principalmente o tipo cavernoso, mais conhecido como higroma cístico. O pilomatricoma é um tumor de anexo com diferenciação no sentido de células da matriz do pelo extremamente comum na infância. A face e as extremidades superiores são as localizações mais comuns. Estes tumores podem surgir em qualquer idade, porém cerca de 40% deles é diagnosticado em crianças abaixo dos



10 anos de idade. O grupo 14 representa as neoplasias benignas e malignas primárias de pele ou metastáticas para este órgão. Observamos que as neoplasias benignas primárias da pele são as mais prevalentes no nosso estudo e são representadas principalmente pelos hemangiomas de diversos tipos (n= 45), pilomatricomas (n=15) e pelos linfangiomas (n=11), entre outros. Já as neoplasias malignas de pele são representadas pelas histiocitoses (n=3), um caso de micose fungóide e um caso de teratoma imaturo. As neoplasias metastáticas estão representadas por dois casos de neoplasia de pequenas células da infância infiltrando pele em crianças com neuroblastoma avançado, estágio IV (PETERS et al, 1990, SOOHOO et al, 1995, DEMIRCAN e BALIK, 1997).

O grupo 15 (outros) foi criado para classificar aquelas lesões que não puderam ser enquadradas em nenhum dos grupos nosológicos acima citados.

Os gráficos 15 e 16 e as tabelas 4 e 5 correlacionam os 15 grupos nosológicos com o sexo dos pacientes. Podemos observar que há uma prevalência de meninos nos grupos 1 (apêndices cutâneos), 4 (agentes externos) e 13 (cistos e fístulas). Parece haver uma predominância em meninos de pólipo e apêndices cutâneos em algumas séries mais recentes da literatura (BANIK e LUBACH, 1987, AGATON e GAY, 1996, HOWARD, 1998.) No caso dos agentes externos, a maior exposição dos meninos, desde os primeiros anos de vida, ao meio ambiente, pode facilmente explicar estes números.

Observa-se ainda nos gráficos 15 e 16 uma maior prevalência das meninas nos grupos 3, 5, 6, 7, 8, 11 e 14. Isto deve refletir a maior preocupação estética das meninas com relação à sua pele aumentando a sua procura por profissionais especializados e elevando o nível de cobrança das próprias pacientes e das suas

mães por um diagnóstico nosológico específico, muitas vezes só possível através da biópsia e estudo histológico

Os gráficos 17 e 18 e as tabelas 6 e 7 correlacionam os 15 grupos nosológicos com os grupos etários deste estudo. Observamos que recém-natos só estão presentes no grupo das genodermatoses e das neoplasias, como era o esperado, uma vez que a grande maioria das doenças de pele não incide neste grupo etário com exceção das dermatoses e neoplasias congênitas. A presença de alguns casos de recém-natos com diagnóstico de pele normal é facilmente explicada pelo fato de que muitas genodermatoses apresentam quadros clínicos exuberantes, porém sem expressão histopatológica, como é o caso de alguns tipos de ictioses.

Os lactentes estão distribuídos por todos os grupos com maior concentração entre os grupos 1, 6, 10, 13 e 14. Os pólipos e apêndices cutâneos (grupo 1), o cisto e fistulas (grupo 13) e algumas neoplasias (grupo 14) podem ser de aparecimento congênito e tendem a crescer ou sofrer alterações inflamatórias com a idade, suscitando uma maior procura das mães por um diagnóstico e tratamento adequado. O grupo das doenças eritemato-escamosas, que não aparecia do recém-natos, aparece aqui devido principalmente aos eczemas de contato, uma vez que a criança passa a ter maior exposição ao meio ambiente a medida que cresce.

Os pré-escolares e escolares se concentram mais entre os grupos 12 (lesões melânicas), 13 (cistos e fistulas) e 14 (neoplasias), assim como os escolares e adolescentes, refletindo uma maior preocupação com estas lesões nesta faixa etária. Além disso há uma grande prevalência de doenças eritemato-escamosas entre os escolares, devido a alta incidência de eczemas e psoríases nesta faixa etária.

#### **6.2.4 – Comparação com a literatura:**

Não foram encontrados estudos anatomopatológicos semelhantes ao nosso na literatura revisada, porem vários estudo clínicos estão disponíveis. Muitos deles apresentam resultados de pacientes adultos em conjunto com pacientes pediátricos (RUBIN e PARISH, 1974, MENDENHALL et al, 1978, ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN, 1989, FALANGA et al, 1994) e outros estudam somente pacientes pediátricos (FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS, 1974)

Nos estudos de RUBIN E PARIHS (1974) a idade média foi de 30 anos em 500 casos analisados e MEDENHALL (1978) estudou 7000 pacientes, sendo que 37,5% deles tinha entre 5 e 24 anos e 1,9% tinha menos de 5 anos. ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN (1989) analisaram 662 pacientes e 50,3% tinham entre 21 e 40 anos e FALANGA et al (1994) estudou 591 pacientes, sendo que 51% tinham menos de 45 anos, 22% tinham até 18 anos e 14% das consultas eram pediátricas. Já FINDLAY, VISMER E SOPHIANOS (1974) analisaram 9877 casos dermatológicos, todos pediátricos, na África do Sul.

A tabela 8 abaixo correlaciona os nossos resultados com os resultados de outros autores. As comparações são limitadas por que todos os estudos são de estatísticas obtidas a partir de diagnósticos clínicos, e não anatomopatológicos, as classificações em grupos nosológicos não eram semelhantes e tiveram que ser adaptadas e, como já foi ressaltado acima, muitos estudos apresentam os resultados pediátricos junto com o dos adultos. Diante disto, optamos por realizar um estudo epidemiológico observacional e descritivo, apenas comparando os nossos resultados com os dados de literatura, sem efetuar análises estatísticas mais aprofundadas (ELUF NETO, MENEZES e GOLDBAUM, 1998).



**TABELA 8 - CORRELACIONA OS RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS EM 15 GRUPO NOSOLÓGICOS OBTIDOS NO NESTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DE OUTROS AUTORES DA LITERATURA REVISADA. VALORES EM PORCENTAGEM ADAPTADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO PROPOSTA NESTE ESTUDO. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662), 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR.**

GN	RUBIN e PARISH, 1871-74	RUBIN e PARISH, 1967-68	FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS, 1974	MENDENHALL et al, 1978	ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN, 1989	FALANGA et al, 1994	NORONHA 1990-95
1	-	-	-	-	-	-	2 87%
2	-	-	-	-	-	-	8 16%
3	-	-	-	-	-	-	2 87%
4	6%	-	-	-	13 3%	8 8%	5 14%
5	-	-	-	-	-	-	2 57%
6	46%	39%	16 7%	13 9%	9 5%	8 3%	9 06%
7	-	2%	3 2%	-	-	-	4 68%
8	-	-	-	-	-	-	3 17%
9	25%	22%	23 3%	37 2%	27 3%	8 3%	5 74%
10	-	-	-	-	-	-	12 39%
11	6%	-	-	-	4 5%	-	1 51%
12	3%	-	-	-	-	-	7 85%
13	-	-	-	-	-	-	16 31%
14	2%	-	2 4%	9 3%	-	-	16 77%
15	-	-	-	-	-	-	0 91%

Legenda GN = grupo nosológico, grupo 1 = polipos e apêndices cutâneos, grupo 2 = inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais, grupo 3 = genodermatoses, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 5 = doenças vesiculosas, bolhosas e pustulosas não infecciosas, grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e entematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 8 = doenças granulomatosas não infecciosas, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 10 = normal/alterações mínimas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 13 = lesões císticas, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias, grupo 15 = outros

Podemos observar que os cistos e fistulas (grupo 13, n=108) e as neoplasias (grupo 14, n=111) foram os grupos mais prevalentes no nosso estudo com cerca de 16% dos casos respectivamente, seguidos pelos grupos 10 (n=82), 6 (n=60), 2 (n=54) e 12 (n=52) variando 8 a 12% dos casos cada um

Nos estudos de RUBIN E PARISH (1974) os grupos mais comuns são as doenças escamosas e eritematosas com 46% ou 39% dos casos (grupo 6) e as doenças infecciosas (grupo 9) com 25% ou 22% dos casos. FINDLEY, VISMER e SOPHIANOS (1974) as doenças infecciosas (grupo 9) são mais comuns (23,3%) que as doenças do grupo 6 - escamosas e eritematosas (16,7%). MENDENHALL et al (1978) relatam também alta prevalência de doenças infecciosas (37,2%) e doenças escamosas e eritematosas (13,9%) no seu estudo (grupos 9 e 6), sendo que aqui o grupo 14 (neoplasias) aparece com 9,3% dos casos. ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN (1989) apresentam o grupo 9 (doenças infecciosas) como grupo mais prevalente (27,3%), seguido do grupo 4 (agentes externos) com 13,3% dos casos, sendo que o grupo das doenças escamosas e eritematosas (grupo 6) aparece com 9,5% dos casos. FALANGA et al (1994) apresenta uma prevalência de 8 a 9 % nos grupos das doenças causadas por agentes externos (grupo 4), doenças escamosas e eritematosas (grupo 6) e doenças infecciosas (grupo 9).

Cerca de metade dos grupos nosológicos propostos no nosso estudo não aparecem em nenhum outro estudo revisado. Os grupos 2 (inflamações inespecíficas) e 10 (pele normal) são compostos por diagnósticos exclusivamente anatomopatológicos e isto explica a sua alta prevalência nos nossos estudos (8,16% e 12,39%). Entretanto, como todos os estudos revisados são clínicos estes

grupos não aparecem para a comparação. Já os apêndices cutâneos (grupo 1), os granulomas não infecciosos (grupo 8) e os cistos e fistulas (grupo 13) são compostos por entidades nosológicas que são, na maioria das vezes, diagnosticadas e tratadas por cirurgiões. Como a maioria dos trabalhos revisados se utilizou dos registros de consultas dermatológicas para a obtenção dos dados, estes grupos não aparecem ou tem prevalências irrisórias. Já no nosso estudo a sua prevalência não é desprezível (2,87%, 3,17% e 16,31%) uma vez que nós utilizamos os diagnósticos anatomopatológicos em dermatopediatria e não as consultas dermatológicas. Além disso, estas lesões são quase sempre retiradas e enviadas para exame histológico a fim de afastar malignidade e definir o diagnóstico, pois sua apresentação clínica é muito semelhante, geralmente tumoral. As genodermatoses (grupo 3) são doenças raras, muitas vezes associadas com expressões clínicas sistêmicas e outros defeitos congênitos, podem, muitas vezes, serem diagnosticadas e tratadas por neonatologistas já nos primeiros dias de vida, e, sendo assim, a consulta dermatológica não se faz necessária. Isto poderia ser uma explicação para a sua baixa incidência no nosso estudo (2,87%) e a sua quase ausência nos estudos revisados. As doenças bolhosas (grupo 5) não são raras na infância, porém o nosso estudo apresenta uma baixa incidência destas entidades (2,57%). Este grupo de doenças não aparece nos outros estudos, talvez por uma classificação errônea dentro de outros grupos maiores e superponíveis como o grupo das doenças escamosas e eritematosas (grupo 6).

Para as discussões a seguir os grupos que não aparecem nos outros estudos (1, 2, 3, 5, 8, 10, 13 e 15), já discutidos acima, são excluídos do nosso estudo e novas porcentagens e valores totais são calculados como demonstra a tabela 9.



**TABELA 9 – CORRELACIONA OS RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS EM GRUPO NOSOLÓGICOS OBTIDOS NESTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DE OUTROS AUTORES DA LITERATURA REVISADA. VALORES EM PORCENTAGEM ADAPTADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO PROPOSTA NESTE ESTUDO. CERTOS GRUPO NOSOLÓGICOS FORAM EXCLUÍDOS (1, 2, 3, 5, 8, 10, 13 e 15) POR QUE NÃO EXISTEM NOS ESTUDOS REVISADOS. DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA, 1990 A 1995. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFPR.**

GN	RUBIN e PARISH, 1871-74	RUBIN e PARISH, 1967-68	FINDLAY, VISMER e SOPHIANOS, 1974	MENDENHALL et al, 1978	ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN, 1989	FALANGA et al, 1994	NORONHA 1990-95
4	6%	-	-	-	13 3%	8 8%	10 12%
5	46%	39%	16 7%	13 9%	9 5%	8 3%	17 86%
7	-	2%	3 2%	-	-	-	9 22%
9	25%	22%	23 3%	37 2%	27 3%	8 3%	11 31%
14	6%	-	-	-	4 5%	-	2 97%
12	3%	-	-	-	-	-	15 47%
14	2%	-	2 4%	9 3%	-	-	33 05%

**Legenda** GN = grupo nosológico, grupo 4 = agentes externos/erupções devido a drogas, grupo 6 = doenças escamosas, papulosas e eritematosas, grupo 7 = doenças vasculares, grupo 9 = doenças infecciosas, grupo 11 = doenças do tecido conjuntivo/paniculites, grupo 12 = lesões melânicas/distúrbios pigmentares, grupo 14 = neoplasias benignas e malignas, metastáticas ou primárias

O grupo 4 (agentes externos) apresenta uma prevalência variando de 6 a 13% nos estudo revisados, sendo que no nosso estudo esta prevalência fica em torno de 10% (valores ajustados) Esta prevalência relativamente alta quando comparada com os outros dados de literatura pode ser devido aos pacientes submetidos a transplante de medula óssea incluídos neste estudo, os quais não aparecem em nenhum outro revisado Além disso, observa-se uma prevalência bem alta das lesões de pele causadas por agentes externos no estudo de ARORA, AGGARWAL E RAMAKRISHNAN (1989) na Índia Isto talvez possa ser explicado

pelas condições socio-econômicas, religiosas e culturais daquele país. As precárias condições de higiene, os inúmeros rituais religiosos e alimentação muito condimentada pode favorecer o contato da pele com contaminantes e animais favorecendo as lesões de pele.

As doenças escamosas e eritematosas tem uma alta prevalência na maioria dos estudos revisados, variando de 8 a 46% com uma média de 22%. Os nossos achados estão de acordo com a literatura (17,86%), apenas um pouco abaixo da média. Isto pode ser explicado por que algumas doenças escamosas e eritematosas, como os eczemas, podem ser facilmente diagnosticados na clínica, não sendo necessário o estudo anatomopatológico.

O grupo 7 (doenças vasculares) apresenta uma prevalência variando de 2 a 3% nos estudos revisados. Esta prevalência é um pouco mais alta no nosso estudo (9,22%), isto porque as doenças vasculares são extremamente comuns na infância e com quadros clínicos superponíveis, sendo muitas vezes necessário o estudo histológico para a correta definição diagnóstica.

As doenças infecciosas apresentam uma alta prevalência na maioria dos estudos revisados, variando esta de 8 a 37%, sendo que o pico (37,2%) se encontra no estudo de MEDENHALL (1978) nos Estados Unidos da América, decaindo na década de 80 (ARORA, AGGARWAL e RAMAKRISHNAN, 1989) e chegando a prevalências mais baixas (8,3%) como relata FALANGA et al (1994) na década de 90. Isto pode ser explicado pela evolução da medicina preventiva com o passar dos anos e pelo sucesso das medidas de educação, saúde e higiene implantadas nos diversos países desenvolvidos. No nosso meio esta prevalência não é muito baixa.

(11,31%) como em outros países subdesenvolvidos (ARORA, AGGARWALL E RAMAKRISHNAN, 1989)

O grupo das doenças do tecido conjuntivo e paniculites (grupo 11) tem uma baixa prevalência nos trabalhos revisados, variando de 4,5 a 6%. No nosso estudo este número fica em torno de 3%, dentro dos limites estabelecidos pela literatura revisada

O grupo 12 (lesões melânicas) e o grupo 14 (neoplasia de pele) tem uma baixa prevalência nos estudos revisados, variando de 2 a 9 %. Entretanto, no nosso estudo estes números ficam em torno de 15 a 33%, muito mais alta que o esperado após a revisão de literatura. Isto pode ser facilmente explicado pelas características de amostragem do nosso estudo. Todos os trabalhos revisados são clínicos, sendo o relato da consulta dermatológica o substrato para a coleta dos dados. No nosso trabalho o laudo anatomopatológico foi o substrato para a coleta dos dados. Em vista disso, entidades nosológicas que são, com frequência, diagnosticadas e principalmente tratadas por cirurgiões, como os nevos e outras neoplasias de pele, não aparecem nos relatos revisados. Porém, como o seu diagnóstico definitivo e, muitas vezes o tratamento, depende da retirada da lesão e consequente estudo anatomopatológico, elas tem alta prevalência no nosso trabalho

#### **6.2.5 Considerações finais:**

O índice de discordância entre os diagnósticos emitidos por patologistas gerais e aqueles revisado pela mestranda e pelo dermatopatologista foi de 7,79%, isto é, a cada 8 casos revistos, um teve o seu diagnóstico anatomopatológico original modificado



Quando comparamos os diagnósticos emitidos por patologistas gerais com àqueles revisados pelo dermatopatologista, observamos que os diagnósticos iniciais de pele normal ou com alterações mínimas foram as áreas onde o dermatopatologista teve maiores alterações. Podemos acrescentar ainda, que as áreas em que os patologistas expressam maiores dificuldades de interpretação das biópsias de pele estão entre as doenças do tecido conjuntivo, doenças bolhosas e escamosas e eritematosas, além de doenças causadas por agentes externos. Isto se deve ao fato de que muitas dermatoses na infância tem em suas fases iniciais quadros histopatológicos com alterações mínimas que podem passar despercebidas por patologistas com pouca experiência na área, sendo que um diagnóstico de pele normal ou inflamação crônica inespecífica pode ser emitido. Isto implica em um diagnóstico anatomopatológico por vezes errôneo e insuficiente, dificultando a conduta clínica e alterando o prognóstico. O diagnóstico de cistos, nevos, tumores de anexos e apêndices cutâneos não oferece muitas dificuldades para patologistas com formação geral.

A necessidade de patologistas treinados e atualizados na área de dermatopatologia em serviços de anatomia patológica se confirma quando analisamos os dados deste estudo. Aliando alguma experiência em clínica dermatológica a pequenas “pistas” histopatológicas, um profissional treinado pode responder com mais propriedade as dúvidas dos dermatologistas, aumentando a acurácia diagnóstica das biópsias de pele. Isto facilita o diagnóstico clínico correto, propiciando tratamento adequado e prognóstico mais favorável, diminuindo os custos dos tratamentos e internamentos em dermatologia pediátrica (BLEGGI-TORRES, et al, 1990, LAWSON e HOWANITZ, 1997, JACQUES, QURESHI e MUNKARAH, 1998).

A revisão dos diagnósticos anatomopatológicos em um grupo selecionado de casos é uma das medidas mais populares de controle de qualidade. Estas medidas vem sendo implantadas em diversos laboratórios de anatomia patológica em todo o mundo desde a década de 40, com uma maior popularização nos últimos anos. Isto visa estabelecer padrões de qualidade nas mais diversas instituições que prestam serviço a comunidade e, principalmente, nas instituições de ensino, tentando garantir, assim, o atendimento adequado ao paciente bem como a formação de profissionais médicos competentes (BLEGGI-TORRES, et al, 1990, LAWSON e HOWANITZ, 1997, PENNEYS, 1997, JACQUES, QURESHI e MUNKARAH, 1998)

## 7 CONCLUSÕES


- 1 O estudo histológico da embriologia da pele humana demonstrou o desenvolvimento progressivo das organelas cutâneas desde os primeiros meses de vida intra-uterina, atingindo a pele seu aspecto maduro ao redor da 25<sup>a</sup> semana de vida intra-uterina
- 2 O estudo histológico das variações anatômicas da pele humana na vida pós-natal demonstrou um maior número de glândulas écrinas e apócrinas na região axilar, concentração de unidades pilo-sebáceas na tela subcutânea do couro cabeludo e maior espessura da camada córnea na sola dos pés
- 3 O levantamento epidemiológico de casos de biopsias de pele em crianças diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Clínicas, UFPR, no período de 1990 a 1995 demonstrou predomínio de pacientes na faixa etária escolar e os principais grupos nosológicos foram lesões cística,s incluindo cistos epidermóides e dermóides, e tumores benignos incluindo pilomatricomas e angiomas
- 4 A revisão dos diagnósticos anatomo-patológicos nos principais grupos nosológicos do presente estudo demonstrou discordância de 13% entre os diagnósticos emitidos por patologistas gerais e os diagnósticos revisados pelos dermatopatologistas
- 5 A comparação da prevalência das afecções cutâneas pediátricas biopsiadas no Hospital de Clínicas, UFPR, em relação a literatura demonstrou prevalência aproximadamente similar no grupo das dermatoses, e predomínio de tumores e lesões melânicas biopsiadas no Hospital de Clínicas, UFPR, em relação aos demais centros avaliados

## **ANEXOS**



**1 - PROTOCOLO PARA COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS**  
**BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA**  
**(N=662)**  
**UNIDADE DE PATOLOGIA PEDIÁTRICA**  
**SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**TABELA DE COLETA DE DADOS:**

NO.	NOME	REG	MAT	PATOL	SX	ID	CLA	DX.EM.	DX.RV	G.N.R
										

Legenda NO = numero do exame anatomopatológico NOME nome do paciente REG = numero de registro do paciente MAT = material biopsiado PATOL = patologista que diagnosticou o caso SX = sexo do paciente ID = idade do paciente CLA = grupo etário do paciente DX.EM = diagnóstico anatomopatológico inicialmente emitido DX.RV = diagnóstico revisado pela mestrandia e pelo dermatopatologista G N R = grupo nosológico do diagnóstico revisado.

**I – TOTAL DE CASOS DE PATOLOGIA CIRÚRGICA EM GERAL (ADULTO E CRIANÇAS) EXAMINADOS PELO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA (SAP) ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995: 55.100.**

**II – TOTAL DE CASOS DE PATOLOGIA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA EXAMINADOS PELO SAP ENTRE OS ANOS DE 1990 A 1995 : 2.755 (5,00% DA PATOLOGIA CIRÚRGICA EM GERAL).**

**III – TOTAL DE CASOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA: 662 (24,03% DA PATOLOGIA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA E 1,20% DA PATOLOGIA CIRÚRGICA GERAL).**

**IV – MATERIAL EXAMINADO:**

- 1 - PELE 492
- 2 - TCSC 170

**V – ANÁLISE DO SEXO:**

- 1 - FEMININO 343
- 2 - MASCULINO 319

**VI – ANÁLISE DA FAIXA ETÁRIA:**

- 1 – GERAL

DIAS 1  
 1 MÊS 4  
 2 MESES 3  
 3 MESES 1  
 4 MESES 1  
 5 MESES 0  
 6 MESES 6  
 7 MESES 3  
 8 MESES 0  
 9 MESES 1  
 10 MESES 0  
 11 MESES 0  
 1 ANO 50  
 2 ANOS 46  
 3 ANOS 33  
 4 ANOS 32  
 5 ANOS 36  
 6 ANOS 28  
 7 ANOS 39  
 8 ANOS 33  
 9 ANOS 35  
 10 ANOS 39  
 11 ANOS 46  
 12 ANOS 56  
 13 ANOS 50  
 14 ANOS 67  
 15 ANOS 52

2 – CLASSIFICADA  
 NEONATAL 5  
 LACTENTE 65  
 PRÉ-ESCOLAR 175  
 ESCOLAR 298  
 ADOLESCENTE 119

## VII – ANÁLISE DA FAIXA ETÁRIA EM RELAÇÃO AO SEXO:

### 1 – GERAL

A – FEMININO  
 DIAS 0  
 1 MÊS 2  
 2 MESES 1  
 3 MESES 1  
 4 MESES 1  
 5 MESES 0  
 6 MESES 1  
 7 MESES 2

8 MESES 0  
 9 MESES 0  
 10 MESES 0  
 11 MESES 0  
 1 ANO 24  
 2 ANOS 18  
 3 ANOS 15  
 4 ANOS 19  
 5 ANOS 21  
 6 ANOS 13  
 7 ANOS 18  
 8 ANOS 15  
 9 ANOS 15  
 10 ANOS 24  
 11 ANOS 26  
 12 ANOS 29  
 13 ANOS 25  
 14 ANOS 41  
 15 ANOS 32

#### B – MASCULINO

DIAS 1  
 1 MÊS 2  
 2 MESES 2  
 3 MESES 0  
 4 MESES 0  
 5 MESES 0  
 6 MESES 5  
 7 MESES 1  
 8 MESES 0  
 9 MESES 1  
 10 MESES 0  
 11 MESES 0  
 1 ANO 26  
 2 ANOS 28  
 3 ANOS 18  
 4 ANOS 13  
 5 ANOS 15  
 6 ANOS 15  
 7 ANOS 21  
 8 ANOS 18  
 9 ANOS 20  
 10 ANOS 15  
 11 ANOS 20  
 12 ANOS 27  
 13 ANOS 25  
 14 ANOS 26  
 15 ANOS 20

## 2 – CLASSIFICADO

### A – FEMININO

NEONATAL 2  
LACTENTE 30  
PRÉ-ESCOLAR 86  
ESCOLAR 152  
ADOLESCENTE 73

### B – MASCULINO

NEONATAL 3  
LACTENTE 35  
PRÉ-ESCOLAR 89  
ESCOLAR 146  
ADOLESCENTE 46

## VIII – ANÁLISE POR GRUPOS DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS A PARTIR DOS DIAGNÓSTICOS POSTERIORMENTE REVISADOS PELA MESTRANDA E PELO DERMATOPATOLOGISTA:

GRUPO NOSOLÓGICO NÚMERO DE CASOS (PORCENTAGEM DO GRUPO)

### 1 - PÓLIPOS E APÊNDICES CUTÂNEOS: 19 (2,87%)

Acrocórdons	4
Dedos supranumerários	3
Fibroma mole	1
Nevo conjuntivo	1
Pápula fibrosa do nariz	1
Papiloma escamocelulares	3
Tragus acessório	6

### 2 - INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA/CICATRIZES: 54 (8,16%)

Abscesso subcutâneo	1
Cicatriz hipertrófica	2
Exostose subungueal	2
Esclerose dérmica	4
Esteatonecrose	1
Fibrose dérmica	3
Fibrose nodular dérmica	3
Foliculite crônica inespecífica	1
Gangrena	3
Hiperkeratose	2
Inflamação crônica inespecífica	24
Quelóide	6
Úlcera cutânea	1
Necrose epidérmica	1



**3 - GENODERMATOSES: 19 (2,87%)**

Acantose nigricans	2
Acropustulose	1
Cútis laxa	1
Dermatose plantar juvenil	1
Epidermólise bolhosa	2
Epidermólise bolhosa distrófica	1
Hiperkeratose epidermolítica	1
Ictiose lamelar	1
Lipoatrofia	1
NEVIL	1
Nevo epidérmico	6
Paquioniquia congênita	1

Legenda NEVIL = nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear

**4 - AGENTES EXTERNOS: 34 (5,14%)**

Eritema polimorfo	6
Erupção polimorfa à luz	2
Farmacodermia	3
Frioderma	1
DECH	20
Prurigo (picada de inseto)	1
Síndrome da pele esquentada	1

Legenda DECH = doença do enxerto contra o hospedeiro

**5 - BOLHOSES E PÚSTULAS: 17 (2,57%)**

Bolhose intraepidérmica	4
Bolhose subepidérmica	5
Dermatite herpetiforme	3
Dermatite herpetiforme de Duhring	1
Pênfigo foliáceo	2
Pústula subcórnea	2

**6 - ESCAMOSAS E ERITEMATOSAS: 60 (9,06%)**

Dermatite crônica espongiosa 24
Dermatite liquenóide 1
Dermatite psoriasiforme 6
Dermatite seborreica 2
Eritema marginado 1
Eritema pigmentar fixo 1
Grupo eczema 9
Líquen escleroatrófico 2
Líquen estriado 1
Líquen plano 2
Líquen simples crônico 1
Mastocitose 3
Psoríase 4
Poroceratose 1
pitiríase alba 1
Pitiríase rubra pilar 1

**7 - VASCULARES: 31 (4,68%)**

Doença de Filkenstain 1
Ectasia vascular superficial 1
Pioderma gangrenoso 1
Púrpura pigmentar crônica 4
Urticaria 2
Vasculite 3
Vasculite leucocitária 3
Vasculite leucocitoclásica 10
Pitiríase liquenóide crônica 4
Vasculite linfocítica 1
Vasculite granulomatosa 1

**8 - GRANULOMAS NÃO INFECCIOSOS: 21 (3,17%)**

Chalásio 3
Granuloma anular 7
Granuloma anular subcutâneo 1
Granuloma de corpo estranho 8
Granuloma tuberculóide 1
Nódulo reumatóide 1

**9 - DOENÇAS INFECCIOSAS: 38 (5,74%)**

Condiloma acuminado	1
Dermatofilose	1
Escabiose	1
Foliculite fúngica	1
Granuloma tuberculóide	6
Hanseníase dimorfa	1
Hialohifomicose profunda	2
Infecção herpética	1
Leishmaniose	4
Lues	1
Micobacteriose atípica	1
Micose profunda	1
Molusco contagioso	4
Paracoccidioidomicose	1
Tungíase cutânea	1
Varicela	1
Verruga viral	10

**10 - ALTERAÇÕES MÍNIMAS/NORMAL: 82 (12,39%)**

Descritivos	72
Normal	10

**11- DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO/PANICULITES: 10 (1,51%)**

Dermatomiosite	2
Eritema nodoso	3
Esclerodermia	5

**12 - DISTÚRBIOS PIGMENTARES/LESÕES MELÂNICAS: 52 (7,85%)**

Hipomelanose epidérmica	1
Melanose dérmica pós-inflamatória	7
Nevo azul comum	1
Nevo azul celular	1
Nevo melanocítico composto	13
Nevo melanocítico intradérmico	12
Nevo conjuntival	1
Nevo combinado	1
Nevo congênito	5
Nevo de Becker	1
Nevo de Clark	6
Nevo desmoplásico	1
Nevo de Ito	1
Nevo de Spitz	1

**13 - CISTOS E FÍSTULAS: 108 (16,31%)**

Cisto branquial	8
Cisto de inclusão epidérmica	41
Cisto dermóide	22
Cisto pilonidal	1
Cisto tireoglosso	17
Cisto triquilemal	5
Fístulas	3
Fístula branquial	10
Mucocele etmoidal	1

**14 - NEOPLASIAS: 111 (16,77%)**

Angiolipoma	1
Angioma serpiginoso	1
CBC pigmentado	1
Dermatofibroma	5
Fibrolipoma	1
Fibroma	2
Fibromatose	1
Granuloma piogénico	22
Hamartoma fibroso da infância	1
Hamartoma de Klippel-Trenonay	1
Hamartoma	3
Hemangioma	3
Hemangioma capilar	16
Hemangioma cavernoso	4
Histiocitoses	3
Linfangioma	11
Lipoma	4
Mastocitoma	1
Micose fungóide	1
Neoplasia de pequenas células	1
Neuroblastoma	1
Neurofibroma	4
Pilomatricoma	15
Siringoma condróide	1
Teratoma cístico maduro	1
Teratoma imaturo	1
Tricoblastoma	1
Tumor de células granulares	1
Xantogranuloma juvenil	3



**15 – OUTROS: 6**

Alopécia não cicatricial	1
Amiloidose	1
Doença de Chediak-Higashi	2
Hematoma	1
Lipoproteinose	1

**IX – GRUPOS NOSOLÓGICOS X SEXO:****A) PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AOS GRUPOS NOSOLÓGICOS**

GRUPO NOSOLÓGICO	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL POR GRUPO
	NO	%	NO	%	
1	6	31,58	13	68,42	19
2	31	57,41	23	42,59	54
3	10	52,63	9	47,37	19
4	13	38,24	21	61,76	34
5	10	58,82	7	41,18	17
6	32	53,33	28	46,67	60
7	20	64,52	11	35,48	31
8	12	57,14	9	42,86	21
9	19	50	19	50	38
10	43	52,44	39	47,56	82
11	7	70	3	30	10
12	26	50	26	50	52
13	52	48,15	56	51,85	108
14	59	53,15	52	46,85	111
15	3	50	3	50	6
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>		<b>319</b>		<b>662</b>

**B) PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO SEXO**

GRUPO NOSOLÓGICO	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL POR GRUPO
	NO	%	NO	%	
1	6	1,75	13	4,08	19
2	31	9,04	23	7,21	54
3	10	2,92	9	2,82	19
4	13	3,79	21	6,58	34
5	10	2,92	7	2,19	17
6	32	9,33	28	8,78	60
7	20	5,83	11	3,45	31
8	12	3,5	9	2,82	21
9	19	5,54	19	5,96	38
10	43	12,54	39	12,23	82
11	7	2,04	3	0,94	10
12	26	7,58	26	8,15	52
13	52	15,16	56	17,55	108
14	59	17,2	52	16,3	111
15	3	0,86	3	0,94	6
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>		<b>319</b>		<b>662</b>

**X – GRUPO NOSOLÓGICO X GRUPO ETÁRIO:**

#### A) PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AOS GRUPO NOSOLÓGICOS

G.N	RN		L		PE		E		A		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	0	0	6	31,58	5	26,32	6	31,58	2	10,52	19
2	0	0	3	5,56	13	24,08	27	50	11	20,36	54
3	1	5,26	4	21,05	2	10,53	10	52,63	2	10,53	19
4	0	0	1	2,94	9	26,47	15	44,12	9	26,47	34
5	0	0	5	29,42	8	47,06	4	23,52	0	0	17
6	0	0	7	11,67	12	20	34	56,66	7	11,67	60
7	0	0	4	12,90	7	22,58	13	41,94	7	22,58	31
8	0	0	1	4,76	6	28,57	11	52,38	3	14,29	21
9	0	0	1	2,63	13	34,21	21	55,26	3	7,90	38
10	2	2,44	8	9,76	15	18,29	28	34,15	29	35,36	82
11	0	0	0	0	3	30	3	30	4	40	10
12	0	0	0	0	10	19,23	28	53,85	14	26,92	52
13	0	0	13	12,04	40	37,04	41	37,96	14	12,96	108
14	2	1,8	11	9,9	29	26,13	55	49,55	14	12,62	111
15	0	0	1	16,67	3	50	2	33,33	0	0	6
TOT AL	5		65		175		298		119		662

## B) PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AOS GRUPOS ETÁRIOS

G.N	RN		L		PE		E		A		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	0	0	6	9,23	5	2,86	6	2,01	2	1,68	19
2	0	0	3	4,62	13	7,43	27	9,06	11	9,24	54
3	1	20	4	6,15	2	1,14	10	3,36	2	1,68	19
4	0	0	1	1,54	9	5,14	15	5,03	9	7,56	34
5	0	0	5	7,69	8	4,57	4	1,34	0	0	17
6	0	0	7	10,77	12	6,86	34	11,41	7	5,88	60
7	0	0	4	6,15	7	4	13	4,36	7	5,88	31
8	0	0	1	1,54	6	3,43	11	3,69	3	2,52	21
9	0	0	1	1,54	13	7,43	21	7,05	3	2,52	38
10	2	40	8	12,31	15	8,57	28	9,4	29	24,37	82
11	0	0	0	0	3	1,71	3	1,01	4	3,36	10
12	0	0	0	0	10	5,71	28	9,4	14	11,77	52
13	0	0	13	20	40	22,87	41	13,76	14	11,77	108
14	2	40	11	16,92	29	16,57	55	18,45	14	11,77	111
15	0	0	1	1,54	3	1,71	2	0,67	0	0	6
TOT AL	5		65		175		298		119		662

**2 – BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA (n = 662)**  
**DA UNIDADE DE PATOLOGIA PEDIÁTRICA E PERINATAL, 1990 - 1995.**  
**SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE CLÍNICA – UFPR.**

Legenda para a utilização do banco de dados de dermatopatologia pediátrica

A = NUMERO = numero do exame anatomopatológico

B = NOME = nome do paciente

C = REGISTRO = registro geral do paciente no Hospital de Clínicas

D = MATERIAL = material biopsiado

PELE = quando há amostragem da epiderme

TCSC = quando não há amostragem da epiderme

E = PATOLOGISTA = nome do patologista que encerrou o caso inicialmente

JFN = José Fillius Neto

N = outros

F = SEXO = sexo do paciente

F = feminino

M = masculino

G = IDADE = idade do paciente em anos dias (D) ou meses (M)

H = CLASSE = grupo etário do paciente

RN = recém-natos (0 a 28 dias)

L = lactente (29 dias a 11 meses)

PE = pré-escolar (1 a 6 anos)

E = escolar (7 a 13 anos)

A = adolescente (14 e 15 anos)

I = DIAG EMITIDO = diagnóstico inicialmente emitido

J = DIAG FINAL = diagnostico postenormente revisado pela mestranda e pelo dermatopatologista

K = G N R = grupo nosológico a partir dos diagnósticos revisados

- |          |   |
|----------|---|
| Grupo 1  | pólipos e apêndices cutâneos                              |
| Grupo 2  | Inflamação crônica inespecífica/processos cicatriciais    |
| Grupo 3  | Genodermatoses  |
| Grupo 4  | Agentes externos/erupções devido a drogas                 |
| Grupo 5  | Doenças vesiculosas bolhosas e pustulosas não infecciosas |
| Grupo 6  | Doenças escamosas, papulosas e entematosas                |
| Grupo 7  | Doenças vasculares  |
| Grupo 8  | Doenças granulomatosas não infecciosas                    |
| Grupo 9  | Doenças infecciosas                                       |
| Grupo 10 | normal/alterações mínimas                                 |
| Grupo 11 | Doenças do tecido conjuntivo/paniculites                  |
| Grupo 12 | lesões melânicas/distúrbios pigmentares                   |
| Grupo 13 | lesões císticas   |
| Grupo 14 | Neoplasias benignas e malignas metastáticas ou primárias  |
| Grupo 15 | Outros  |

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	NUMERO	NOME	REGISTRO	MATERIAL	PATOLOGISTA	SEXO	IDADE	CLASSE	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO FINAL	G. N. R.
1	900112	SANDRA REGINA BARBOSA	0092203-6	PELE	N	F	11	E	DERMATITE HERPETIFORME	DERMATITE HERPETIFORME	5
2	900350	SIDLEIA LOPES DA SILVA	0092978-8	PELE	JFN	F	10	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
3	900393	ANTONIO CEZAR CORREIA	0092828-1	PELE	JFN	F	10	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
4	900748	VALDIR RODRIGUES BASTOS	0092287-7	PELE	JFN	M	13	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
5	900960	KELLY CRISTINA FRISON	0093479-2	PELE	JFN	F	9	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
6	901055	LUCIANE ALVES LOPES	0085013-6	PELE	JFN	F	4	PE	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
7	901233	ALINE SEMENN	0093897-7	PELE	N	F	10	E	NEOPLASIA DE PEQUENAS CELS	NEOPLASIA DE PEQUENAS CELS	14
8	901850	MIRIAM FERREIRA DO CARMO	0093916-5	PELE	N	F	3	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
9	901999	LUZ CARLO DE FARIAS MORAES JR	0084243-5	PELE	N	M	8M	L	MASTOCITOSE	MASTOCITOMA	14
10	902014	DEIZE CRISTINA	0094242-5	PELE	N	F	7	E	LEISHMANIOSE	LEISHMANIOSE	9
11	902384	SILVIA SANTANA CORREIA	0089736-2	PELE	JFN	F	10	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
12	902443	FABIANE BENTOLINO	0094413-5	PELE	JFN	F	12	E	DERMATOFIBROMA	DERMATOFIBROMA	14
13	902463	LEIDIANE DOS ANJOS	0021961-2	TCSC	JFN	F	3	PE	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
14	902891	JOSE LUIZ S. BARBOSA	001851-0	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
15	903318	CRISTIANO DINIZ SANTOS	001766-1	PELE	N	M	1	L	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	ESTEATONECROSE	2
16	903463	TEREZINHA POPADUK	005349-0	PELE	N	F	13	E	NORMAL	NORMAL	10
17	903563	ALPHIO O. PESCH	00840-2-9	PELE	N	M	8	E	PURPURA PIGMENTAR CRÔNICA	PURPURA PIGMENTAR CRÔNICA	7
18	903768	JOAO LUIZ DE SOUZA	00864-3-7	TCSC	JFN	F	12	E	HEMANGIOMA CAVERNOSO	HEMANGIOMA CAVERNOSO	14
19	903808	KATIA MATOS DE ANDRADE	003673-7	PELE	JFN	F	1	L	D. DE CHEDIAK HGASHI	D. DE CHEDIAK HGASHI	15
20	903832	LEANDRO C. VIEIRA	0094230-4	PELE	N	M	7	E	ACANTOSE NGRANS	ACANTOSE NGRANS	3
21	903832	LEANDRO C. VIEIRA	0094230-4	TCSC	JFN	M	7	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
22	903938	ELAIR SIQUEIRA	0087194-0	PELE	N	M	12	E	LIPOPROTEINOSE	LIPOPROTEINOSE	15
23	903938	LIGIANE CONRADT	0093232-8	PELE	N	F	8	E	MASTOCITOSE	MASTOCITOSE	8
24	904115	MARIA GLACI OLIVEIRA	074519-7	PELE	N	F	1M	RN	VASCULITE LINFOCITICA	DESCRITIVO	10
25	904320	HENDERSON N. PEREIRA	013038-8	TCSC	JFN	M	13	E	LIPOMA (ANGIOLIPOMA)	LIPOMA (ANGIOLIPOMA)	14
26	904503	LUZ ANTONIO MERO JR	0051844-4	PELE	JFN	M	1	L	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	5
27	904532	PATRICIA ALVES SOUZA CRUZ	0084089-7	PELE	JFN	F	9	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
28	904535	JOSIENE A BERTOLINE	0084113-5	PELE	N	F	12	E	DERMATOFIBROMA	DERMATOFIBROMA	14
29	904578	ADRIANA A ALVES	008471-7	PELE	JFN	F	11	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
30	904638	JAQUELINE CORDEIRO	0001119-6	PELE	JFN	F	5	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
31	904719	THAGO DE ALMEIDA	0093522-1	TCSC	JFN	M	5	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
32	904721	ADRIANA AMIDA DE LIMA	0094623-5	TCSC	N	F	2	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
33	904743	MARIN HANG	0144074-0	TCSC	JFN	F	14	A	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
34	905035	JOAO PAULO ROSA	0101713-8	PELE	JFN	M	11	E	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
35	905052	LUCIANA L. CARDOSO MARQUES	0101849-1	PELE	JFN	F	4	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
36	905125	EDIMAR DA SILVA	0101751-6	PELE	N	M	3	PE	DERMATITE HERPETIFORME DE DUNRING	DERMATITE HERPETIFORME DE DUNRING	5
37	905373	RAFAELA BUENO	0104903-7	PELE	N	F	4M	L	DESCRITIVO	NORMAL	10
38	905405	SILVIO NEI BATISTA SOUZA	0106899-6	PELE	JFN	M	12	E	DESCRITIVO	NORMAL	10
39	905443	PAULA MARQUES	0106824-5	PELE	JFN	F	5	PE	HEMANGIOMA CAVERNOSO	HEMANGIOMA CAVERNOSO	14
40	905507	MARCIA DE LUZ	0104440-5	PELE	N	F	4	PE	ERITEMA PIGMENTAR FIXO	ERITEMA PIGMENTAR FIXO	8
41	905530	NEUSA FARIA ABRÃO	0091003-2	PELE	JFN	F	11	E	DESCRITIVO	NORMAL	10
42	905547	GESIELE SOUZA MARTINS	0086129-8	PELE	N	F	6	PE	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
43	905554	ROBERTO DE JESUS	0240560-6	PELE	N	M	5	PE	DESCRITIVO	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	5
44	905859	CARLOS R. B. SEGUNDO	0728610-4	PELE	JFN	M	8	E	DESCRITIVO	NORMAL	10
45	905807	CLEBER B	0103778-0	TCSC	N	M	2	PE	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	6
46	905960	MARLIZE ALVES DA LUZ	0550794-0	PELE	JFN	F	3	PE	FIBROMATOSE SUBCUTANEA SOLITARIA	FIBROMATOSE	14
47	905970	ELISE RECH	0208148-1	PELE	JFN	F	9	E	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	6
48	906107	LAURA CRISTINE L. B. LOYOLA	0099988-8	PELE	N	F	10	E	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
49	906183	ALEXANDRE ROOSOLIRA	0091971-4	TCSC	JFN	M	4	PE	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
50	906312	ROBERTA TIAGO	0244868-3	PELE	JFN	F	14	A	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
51	906405	CLAUDIA SILVA	0293357-0	PELE	JFN	F	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
52	906526	EDILANE MARIA PEREIRA	0244599-0	PELE	JFN	F	4	PE	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
53	906628	JONES GACON	0090964-6	PELE	JFN	M	4	PE	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	5
54	906701	HUGO LEONARDO VALARTINSKI	026346-8	PELE	N	M	10	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
55	906818	LORIANE LUIZ RIBEIRO	0024074-2	PELE	JFN	F	5	PE	NEVO AZUL COMUM	NEVO AZUL COMUM	12
56	906865	WELLINGTON LEANDRO MACHADO	0888240-4	PELE	N	M	9	E	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
57	906894	CINTIA MARTINEZ	0302998-8	PELE	JFN	F	11	E	QUELOIDE	QUELOIDE	2
58	910090	MARCOS APARECIDO DOS SANTOS	0309219-5	PELE	JFN	M	8	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
59	910107	ISABELA OLHA	0273083-9	PELE	N	F	2	PE	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
60	910174	ALVARO TARACOSKY	021579-0	PELE	N	M	12	E	D. DE CHEDIAK HGASHI	D. DE CHEDIAK HGASHI	15
61	910208	TATIANE DA SILVA BRAGHN	0308469-9	PELE	JFN	F	5	PE	DESCRITIVO	ERITEMA MARGINADO	6
62	910220	VANDERLEIA LEMOS	0227028-8	PELE	JFN	F	13	E	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITARIA	7
63	910532	ERICK BORGES	0094505-8	PELE	JFN	M	2	PE	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
64	910576	ADRIANE ELIUSE LEITE	031008-3	PELE	JFN	F	15	A	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
65	910628	SUSANA DA COSTA GUIMARAES	0066586-4	PELE	JFN	F	10	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
66	910720	ALEXANDRO DE CASSIO VILAS BOAS	0462022-4	TCSC	N	M	13	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
67	910737	LUZ C. CAMARGO	0475776-7	PELE	N	M	13	E	HANSEASE VIRCHOWIANA	HANSEASE VIRCHOWIANA	9
68	910777	ERNAODE CESAR DE OLIVEIRA	046315-6	PELE	N	M	13	E	NEVO AZUL CELLULAR	NEVO AZUL CELLULAR	12
69	910784	SEBASTIAO JOSE DO NASCIMENTO	024683-0	PELE	JFN	M	5	PE	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	BOLHOSE SUBEPIDERMICA	5
70	911084	MARCOS ROBERTO ANJOS	046972-4	PELE	JFN	M	12	E	FARMACODERMIA	FARMACODERMIA	4
71	911210	VIVIANE CAMARGO PEREIRA	046314-3	PELE	N	F	8	E	PENFIGO FOLIACEO	PENFIGO FOLIACEO	5
72	911236	ALUADO TARACOSKI	021579-0	PELE	JFN	M	12	E	MOLUSCO CONTAGIOSO	MOLUSCO CONTAGIOSO	9
73	911242	JEFFERSON HENRIQUE B. POLA	053092-0	PELE	JFN	M	1	L	VASCULITE LINFOCITICA	VASCULITE LINFOCITICA	7
74	911299	MAGDA DOS SANTOS	0691195-1	PELE	N	F	8	E	ICTIOSE LAMELAR	ICTIOSE LAMELAR	3
75									FIBROSE DERMICA	QUELOIDE	2



# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
177	911308	VERONICA VANESSA SOUZA	1053358 0	PELE	JFN	F	8	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
178	911516	SONIA FATIMA RADVANSKEI	10561118-3	PELE	JFN	F	14	A	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
179	911518	DENSE PATRICIA LIMA	0090495-3	TCSC	N	F	3	PE	DESCRITIVO	HAMARTOMA	14
180	911526	CARLA MARINA DE OLIVEIRA	1027689-6	PELE	JFN	F	15	A	PAPULA FIBROSA DO NARIZ	PAPULA FIBROSA DO NARIZ	14
181	911565	JEFFERSON LEONARDO C. LEAO	1019817 8	PELE	N	M	4	PE	GVHD	GVHD	14
182	911724	PATRICIA PEREIRA DE PAIVA	0027138 2	TCSC	JFN	F	15	A	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	14
183	911781	ROBERTO DA SILVA	1020665 5	TCSC	JFN	M	13	E	CISTO TRIQUILEMAL	CISTO TRIQUILEMAL	13
184	911800	PAULO O OLIVEIRA BERNASCONI	0933049 6	PELE	N	M	11	E	DESCRITIVO	GRUPO ECZEMA	6
185	912023	ALINE PEREIRA DE OLIVEIRA	1060597 0	PELE	JFN	F	12	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
186	912034	MARTA INOCENCIA MOREIRA	1059892 3	PELE	JFN	F	7	E	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	6
187	912125	ADRIANO ALEGORIO COSTA	1028292 1	TCSC	JFN	M	9	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
188	912131	MARLON EICHINGER DE CARVALHO	0241220-9	PELE	JFN	M	8	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
189	912177	FABIANE A PRESTES	1062303-0	PELE	JFN	F	4	PE	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	5
190	912267	KARLA ADRIANA DA SILVA	1062220-7	PELE	JFN	F	11	E	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
191	912664	FABIANA C. RUPPEL	0692990-0	PELE	JFN	F	13	E	PURPURA PIGMENTAR CRONICA	PURPURA PIGMENTAR CRONICA	7
192	912686	DANELE MOREIRA DA SILVA	1059476 8	PELE	N	F	15	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
193	912782	ESTER TRANCO DE PAULA	0897179 0	PELE	N	F	11	E	CONDILOMA ACUMINADO	CONDILOMA ACUMINADO	9
194	913176	LISLAINE L. S. VIEIRA	0902382 8	TCSC	JFN	F	3	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
195	913199	FABIANE PAIXAO DO NASCIMENTO	1058874 7	TCSC	JFN	F	8	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
196	913248	PATRICIA ODOVANI BATXI	1071969-0	PELE	JFN	F	6	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
197	913277	MARIANE HANG	0919773-7	TCSC	JFN	F	2	PE	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	14
198	913305	LUCIMARA OLIVEIRA	0280426-3	TCSC	JFN	F	3	PE	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
199	913563	DEINED WILLIAN C. MIRANDA	1062889 0	PELE	N	M	5	PE	FIBROSE DERMICA	FIBROSE DERMICA NODULAR	2
200	913579	THAYANA O AGUIAR	1074827 5	PELE	N	F	1	L	LIQEN ESTRIADO	LIQEN ESTRIADO	6
201	913599	DJONATHAN VON ZESDAU	1074710-4	PELE	JFN	M	2	PE	URTICARIA	URTICARIA	9
202	913726	LEANDRO RAMOS	1056382 8	PELE	N	M	8	E	MICOSE PROFUNDA	MICOSE PROFUNDA	7
203	913738	RODRIGO OLIVEIRA SIQUEIRA	1075968 4	PELE	JFN	M	1	L	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	6
204	913792	WAGNER NAVES DE SOUSA	0852316 9	PELE	JFN	M	8	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
205	913916	RICARDO BALDON	1072621 2	PELE	JFN	M	12	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
206	913959	MOISES CORDEIRO DA FONSECA	1073987 0	PELE	JFN	M	12	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
207	913980	ROSENDEL D. DOS SANTOS	1087977 0	PELE	JFN	F	11	E	DERMATITE HERPETIFORME	DERMATITE HERPETIFORME	5
208	914084	HELIO T. MORI	0027475-1	PELE	N	M	2	PE	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
209	914301	SALETE A BUENO	0084988 4	PELE	JFN	F	9	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
210	914309	JOANA MARIA STANSKI	1087978 7	TCSC	JFN	F	3	PE	NODULO REUMATOIDE	NODULO REUMATOIDE	8
211	914316	ADRIANA SANTINETO BUENO	1074225 0	PELE	N	F	7	E	XANTOGRANULOMA JUVENIL	XANTOGRANULOMA JUVENIL	14
212	914361	JACIEL GONCALVES DE JESUS	1072387 8	PELE	JFN	M	13	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
213	914364	VILMA DE OLIVEIRA FREITAS	0208525-8	PELE	JFN	F	15	A	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
214	914371	CELIO D. CORREIA	1087993 0	PELE	N	M	10	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
215	914387	LUCIANO RUTHES	1087982 0	PELE	N	M	6	PE	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
216	914501	GIOVANA M. ESPINDOLA	1072824 0	TCSC	JFN	F	10	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
217	914569	FERNANDO C. PAULO	1074808-3	PELE	N	M	11	E	ESCLERODERMIA	ESCLERODERMIA	11
218	914579	VANESSA AP. FOITTE	1049679-9	PELE	N	F	11	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
219	914612	CLEVERSON DA SILVA SOUZA	0254977 8	PELE	JFN	M	9	E	LEISCHMANIOSE	LEISCHMANIOSE	9
220	914638	ANGELITA OLIVEIRA	0280647 9	PELE	JFN	F	14	A	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITARIA	7
221	914757	JEVERSON PEDROZO	1042804 1	PELE	JFN	M	7	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
222	914781	DIEGO R. ARAUJO	1057068 4	TCSC	JFN	M	9	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
223	914829	LETICIA M. DE SOUZA	1088423 3	TCSC	N	F	3	PE	GANGRENA	GANGRENA	2
224	914855	JOSE AUGUSTO SETNARSKI	1074716-3	TCSC	JFN	M	6M	L	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
225	914925	IZABELA LOOPES SILVA	1070845-1	PELE	JFN	F	1	L	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	5
226	914941	LUCAS VINICIUS R. BUENO	1098303-7	PELE	JFN	M	2	PE	ERITEMA NODOSO	ERITEMA NODOSO	11
227	914952	MAYRA CARDOSO DA SILVA	1000050-5	PELE	JFN	F	2	PE	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	7
228	914980	EDUARDO MENDES	1070240-2	PELE	JFN	M	15	A	PURPURA PIGMENTAR CRONICA	PURPURA PIGMENTAR CRONICA	7
229	915014	FERNANDO A. DE CARVALHO	0742894 4	TCSC	JFN	M	6	PE	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
230	915102	MARCOS R. MORAES	1095812 1	PELE	JFN	M	8	E	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
231	915110	JULIA P. SANTOS	1099467 5	PELE	JFN	F	11	E	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITARIA	7
232	915173	MARCIA CRISTINA SANTOS	1097834 3	PELE	N	F	6	PE	DESCRITIVO	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
233	915191	FRANCINI F. DA ROSA	0953298 0	PELE	JFN	F	2	PE	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	5
234	915210	EDIMAR ALVES O. FERREIRA	0242271 8	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
235	915295	ELAINE C. MOISES	0741734 0	PELE	N	F	2	PE	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
236	915337	FERNANDO C. MACHADO	1101722 3	TCSC	JFN	F	1	L	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	14
237	915362	ALESSANDRO CRIVELLARO MARTINS	1101419-4	PELE	JFN	M	15	A	ERITEMA POLIMORFO	ERITEMA POLIMORFO	4
238	915377	PATRICIO MASCARENHAS	1080916 3	TCSC	JFN	M	3	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
239	915440	ALEXANDRE SANTOS	1103366 0	TCSC	JFN	M	13	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
240	915602	ROSICLEIA SANTOS	0282183 4	PELE	N	F	12	E	DESCRITIVO	HAMARTOMA	14
241	915831	MARCELO CORREA ROMANCINI	1075988 9	TCSC	JFN	M	15	A	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
242	915961	VALMIR C. SILVA	1108341 2	TCSC	JFN	M	6	PE	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
243	916033	MARCIA S. FARIA	1108123 1	TCSC	N	F	10	E	GRANULOMA TUBERCULOIDE	MICOBACTERIOSE ATIPICA	9
244	916078	CLEONCE TIEPOPO	1105034 4	PELE	JFN	F	15	A	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
245	916093	LUAN OLIVEIRA SANTANA	1105332 7	TCSC	N	M	1	L	NEOPLASIA DE PEQUENAS CELS	NEUROBLASTOMA	14
246	916239	LEILA APDA DE OLIVEIRA	1099217-6	PELE	JFN	F	12	E	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
247	916286	EDUARDO SANTANA	1038176-1	TCSC	JFN	N	1	L	HAMARTOMA FIBROSO DA INFANCIA	HAMARTOMA FIBROSO DA INFANCIA	14
248	916323	KARINA KARAM	#####	PELE	JFN	F	4	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
249	916457	PATRICIA PEREIRA DE PAIVA	0271382 9	TCSC	JFN	F	15	A	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HGROMA CISTICO)	14
250	916493	JANAINA FARIAS	1113683 4	PELE	JFN	F	2	PE	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITARIA	7
251	916518	JACKSON O. MEIRELES	1114215 0	PELE	JFN	M	12	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
252	916565	FERNANDO CAMPOS DE SOUZA	1114502 7	PELE	JFN	M	2	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10

## BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
153	916888	REJANE PISCOR	1058211 5	TCSC	N	F	12	E	NEUROFIBROMA	NEUROFIBROMA	14
154	916728	FABIO RENATO PEIXOTO	1047480 4	PELE	N	M	14	A	DERMATITE SEBORRÉICA	DERMATITE SEBORRÉICA	8
155	916887	GESIEL FELIPE DRACZ	1117875 8	PELE	N	F	12	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	8
156	916876	DAMELE SILVA	1100619 1	PELE	N	F	5	PE	HAMARTOMA FIBROSO DA INFANCIA	HAMARTOMA (KLIPPEL TRENNUNAY)	14
157	916921	YSIS KARINE FLORES	0897485-0	PELE	JFN	F	12	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
158	916960	ROSANE DE SOUZA MOREIRA	1117812 0	PELE	N	F	2	PE	GANGRENA	GANGRENA	2
159	917058	ALEX JUNIOR LUZ	1120211-0	PELE	JFN	M	1	L	EPIDERMOLISE BOLHOSA	EPIDERMOLISE BOLHOSA	3
160	917062	ELIANE DAGOSTIN	1084068 7	PELE	JFN	F	10	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
161	917146	LUCIANA MESQUITA	1100200 5	PELE	N	F	9	E	FIBROSE DERMICA	FIBROSE DERMICA MODULAR	2
162	917250	GISLAINE PRIESTES	1073787 2	PELE	JFN	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
163	917334	DARILANE SEGURO	0943207 8	TCSC	JFN	F	5	PE	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
164	917375	PLINIO ANDRADE SANTOS	0928659 0	TCSC	JFN	M	3	PE	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
165	917408	DAIANE COUTINHO	1041072 0	TCSC	JFN	F	3	PE	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
166	917478	ANA PAULA PURCINO	0266355-4	PELE	N	F	12	E	QUELOIDE	QUELOIDE	2
167	917668	ANDREA SENS	0893027 9	PELE	JFN	F	14	A	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
168	917887	CLEITON F. SANTO	0735295 6	TCSC	N	M	5	PE	ACROCORDON	TRAGUS ACESSORIO	1
169	917912	AMELIA TEREZINHA BLONSKI	1104063 6	PELE	N	F	15	A	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
170	917958	MICHELLE CRISTINA DE SOUZA	1131440 8	PELE	N	F	11	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
171	918005	MICHELE DE JESUS LAREPINSKI	1128617 8	TCSC	JFN	F	14	A	LIPOMA	LIPOMA	14
172	918141	IVORLEI MARGARIDA GONCALVES	1130384 1	TCSC	JFN	M	5	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
173	918153	TAIINA G. CUNHA PEREIRA	1098029 0	TCSC	JFN	F	2	PE	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
174	918226	SINARA ANDREATA ADAMOSTIN	1131682 4	PELE	N	F	10	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
175	918284	TATIANE DE OLIVEIRA JUSTINA	113438 21	PELE	N	F	14	A	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
176	920144	FRANCISCO JOSE GOUVEIA CASTRO	1124288 0	PELE	JFN	M	13	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
177	920162	HEIDE CRISTINA DA CRUZ	1139684-4	PELE	JFN	F	10	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
178	920289	ROGERIO SANTOS	0114278 5	PELE	N	M	15	A	DERMATOFIBROMA	DERMATOFIBROMA	14
179	920631	CRISTIANE SCHNEIDER	0207170 3	TCSC	N	F	12	E	FIBROMATOSE	FIBROMA	14
180	920634	PATRICIA GONCALVES SANTOS	1143771 0	PELE	JFN	F	11	E	MELANOSE DERMICA POS INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
181	920671	VICTOR TRAPO DE COSTA	1101268-3	TCSC	JFN	M	8	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
182	920739	EDENISE MEDEIRO MULLER	1147268-0	PELE	JFN	F	7	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
183	920788	WLADEMIR SILVA LEANDRO	1145023-5	TCSC	N	M	11	E	EXOSTOSE SUBUNGUEAL	EXOSTOSE SUBUNGUEAL	2
184	920794	JOSIEL FRANCA	1048394-8	PELE	JFN	M	3	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
185	920941	VALVITO THEODORO PETHES	1120173 3	TCSC	JFN	M	11	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
186	921041	MANOEL HENRIQUE GONCALVES MOREIRA	1131689 9	PELE	N	M	11	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
187	921067	ALEXANDRE P. DAS NEVES	1148869 8	PELE	N	M	13	E	NEVO CONJUNTIVO	NEVO CONJUNTIVO	1
188	921136	WILLIAN RAFAEL SANTOS	1061939 4	PELE	JFN	M	2	PE	ALOPECIA NAO CICATRIZIAL	ALOPECIA NAO CICATRIZIAL	15
189	921435	ELIANE A CORREA	1125952 0	PELE	JFN	F	14	A	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	6
190	921488	RN DE ELIANE DE SOUZA COSTA	0746978 5	TCSC	N	M	1M	RN	TERATOMA IMATURO	TERATOMA IMATURO	14
191	921489	LEANDRO A SANTOS	1152879 9	PELE	N	M	3	PE	BOLHOSE INTRAEPIDERMICA	DESCRITIVO	10
192	921563	JOSEMARIA COSTA	0118535-4	PELE	JFN	F	11	E	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	6
193	921768	TATIANE GOMES SANTOS	0277508-5	PELE	JFN	F	12	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
194	921770	JACQUELINE M. DE CARVALHO	0747290-0	TCSC	JFN	F	1	L	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
195	921828	JACKELINE MAZEIKA	1146572 2	PELE	N	F	6M	L	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITOCASICA	7
196	921922	KELLY APARECIDA ROMINSKI	0953301 0	PELE	N	F	11	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
197	922021	MARCELA E. JENIZ	1182535 9	PELE	JFN	F	3	PE	NEVO DE ITO	NEVO DE ITO	12
198	922087	DIEGO COSTA FRANCA	1120580 1	PELE	JFN	M	4	PE	HEMANGIOMA	HEMANGIOMA	14
199	922318	CRISLAINE N. SILVA	1063805-7	PELE	JFN	F	1	L	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
200	922332	REGINALDO P. DE ALMEIDA	1165381 0	PELE	N	M	2	PE	CHALAZIO	CHALAZIO	8
201	922466	EDSON M. MARTINOS	1145341 4	TCSC	JFN	M	9	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
202	922546	KARIN NUNES PINTO	0590775 6	PELE	JFN	F	14	A	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
203	922581	SOLANGE APARECIDA RIBEIRO	1103906 5	TCSC	JFN	F	13	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
204	922594	RICARDO RUFFINO	1161415 9	PELE	JFN	M	11	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
205	922824	LUANA LUCIMARA VICENTE	7747115-7	PELE	JFN	F	1	L	ACROCORDON	ACROCORDON	1
206	922748	ANDREA F. NASCIMENTO	1122040 1	PELE	N	F	12	E	CHALAZIO	CHALAZIO	8
207	922783	FLAVIA C. DA SILVA	1165529 7	TCSC	JFN	F	2	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
208	922789	MOACIR DE OLIVEIRA BASTOS	1116583 4	TCSC	JFN	M	2	PE	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
209	922807	CLEBER S. SANTOS	1171150-2	TCSC	JFN	M	14	A	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
210	922919	EDILENE C. EVERS	0289044 8	TCSC	JFN	F	14	A	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
211	922974	ANA CLAUDIA DIAS PEREIRA	1060387-0	PELE	JFN	F	4	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
212	922988	EDUARDO FURLAN NARTH	1170228-0	PELE	JFN	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
213	923023	LAIS REGINA SIMONETTI	1170575 8	PELE	JFN	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
214	923205	ALEXANDRO DE CAMPOS	1151836 3	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
215	923278	VANDERLEIA APARECIDA DE LIMA BRANDES	1187171 3	PELE	JFN	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
216	923332	MARGARETE FREITAS ROSA	0028543 2	TCSC	JFN	F	11	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
217	923335	CLAUDINEI SANTOS	1176076-7	PELE	JFN	M	13	E	LIQUEN PLANO	LIQUEN PLANO	6
218	923419	ANDRE GOMES DA SILVA	1160638-9	PELE	JFN	M	12	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
219	923484	DANELE MOURA DE CARVALHO	116 4378 7	PELE	JFN	F	1	L	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
220	923540	SILVIA ROUSSENF	1178489 5	TCSC	JFN	F	15	A	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
221	923543	AZALTON JOSE COELHO	1068904 0	PELE	N	M	13	E	DESCRITIVO	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	8
222	923576	LUZ DE * MANTILLA	0812875 8	PELE	JFN	M	14	A	NEVO DE BECKER	NEVO DE BECKER	12
223	923591	FRANSUELLEN SOARES	1168472 5	TCSC	JFN	F	6	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
224	923690	ROBSON RICARDO RODRIGUES DE SOUZA	1141028-6	TCSC	JFN	M	3	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
225	923713	JULIO K. JUNIOR	1013448-0	PELE	JFN	M	14	A	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
226	923718	FABIANA LOPES DE SOUZA	1131119-0	PELE	JFN	F	15	A	NEVO DE CLARK	NEVO DE CLARK	12
227	924003	ELIANE CARVALHO	0914187 1	PELE	JFN	F	11	E	FIBROSE DERMICA	FIBROSE DERMICA	2
228	924100	DARILANE SEGURO	0943207 8	TCSC	JFN	F	6	PE	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
229	924120	GRAZIELE D. RODRIGUES	1154089 4	TCSC	N	F	14	A	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	8
230	924122	QUELI TREVISAN	1183538 8	TCSC	JFN	F	1	L	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
231	924201	DEJAIR MACHADO FILHO	1185650 1	TCSC	JFN	M	1	L	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
232	924335	ALEX SANDER KOSTIANOVITCH	0956073-4	PELE	JFN	M	15	A	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
233	924387	DIONATA LOURENÇO RODRIGUES	1162987 0	PELE	JFN	F	1	L	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
234	924521	ANA PAULA VIEIRA	1146413-0	TCSC	JFN	F	5	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
235	924619	ANA CLAUDIA DIAS PEREIRA	1180387 0	PELE	JFN	F	5	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
236	924869	PAULO HENRIQUE M. OLIVEIRA	1101645 7	PELE	JFN	M	4	PE	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	8
237	924898	PAULO CESAR PIONTKIEWICZ	1147841 7	TCSC	N	M	7	E	NEUROFIBROMA	NEUROFIBROMA	14
238	924916	DANIELE DE LOZARI	1176440-1	TCSC	JFN	F	9	E	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
239	925052	LIANA SIMION COSTA	1192814 5	PELE	JFN	F	4	PE	DERMATITE HERPETIFORME	DERMATITE HERPETIFORME	5
240	925124	DANIELE R. VILLELA	118339-5	PELE	N	F	7	E	LIQUEN PLANO	LIQUEN PLANO	8
241	925197	SANDRO RODRIGUES DE OLIVEIRA	0727463 7	TCSC	JFN	M	10	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
242	925395	CLAUDETE REQUEL	1176972 1	TCSC	JFN	F	12	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
243	925537	SUSANE APARECIDA P. SILVA	1062908 3	PELE	JFN	F	13	E	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
244	925614	RENATO PEREIRA LIRANCO	1156020-2	PELE	N	M	5	PE	MICOSE PROFUNDA	HALOFOMICOSE PROFUNDA	9
245	925831	FERNANDO VIEIRA	1188018 9	PELE	N	M	3	PE	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	6
246	925916	FABIANA LOPES DE SOUZA	1113115 0	PELE	JFN	F	15	A	NEVO DE CLARK	NEVO DE CLARK	10
247	926039	ELIANA DE MELO BORBA	1180187 5	PELE	JFN	F	9	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
248	926413	CATIA R. KOUGLER	1176106-8	PELE	JFN	F	15	A	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
249	926434	CRISTIANE G. DA SILVA	1009690-1	PELE	N	F	12	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
250	926466	ISABEL C. NUNES	1206881-0	PELE	JFN	F	11	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
251	926499	TAILA C. TEODORO	1096983-8	PELE	JFN	F	1	L	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
252	926620	EDUARDO PEREIRA LEAL	1133200-5	PELE	JFN	M	14	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
253	926745	WILLIAN BARBOSA	0072414 5	PELE	JFN	M	4	PE	HPOMELANOSE EPIDERMICA	HPOMELANOSE EPIDERMICA	12
254	926903	ANDERSON GIL ASSIS DE OLIVEIRA	1158640 8	PELE	JFN	M	9	E	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
255	926939	BRUNA C. BALDUIN	1084081 4	PELE	JFN	F	4	PE	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
256	927008	HARRISON SERGIO P. CARVALHO	1074398-2	PELE	JFN	M	1	L	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
257	927086	KELLEN CRISTINA RODRIGUES DOS SANTOS	1211147 9	PELE	JFN	F	12	E	ERUPÇÃO POLIMORFA A LUZ	ERUPÇÃO POLIMORFA A LUZ	4
258	927223	KLEITON ALEXANDRO REIS	1181923 0	PELE	N	M	6	PE	GVHD	GVHD	4
259	927357	SIDIMAR DA ROSA	1213713-3	PELE	JFN	M	7	E	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
260	927412	ED SEN DEGERONE	1044848 8	PELE	N	M	8	E	QUELOIDE	QUELOIDE	2
261	927447	VALDIR JOSE SOUZA	1214630-1	PELE	JFN	M	11	E	LEISHMANIOSE	LEISHMANIOSE	9
262	927527	OTAVIO Z. CUBAS	1215434 8	PELE	JFN	M	1	L	BOLHOSA INTRAEPIDERMICA	BOLHOSA INTRAEPIDERMICA	3
263	927531	RUBIANE SANTOS	0279739-2	PELE	JFN	F	11	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
264	927559	NEUSDETE MOREIRA DA SILVA	1201069 9	PELE	JFN	F	15	A	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
265	927676	ERICK B. LIMA	0745771 5	TCSC	N	M	2	PE	ACROCORDON	HAMARTOMA	14
266	927742	ANALICE M. GONCALVES	1180885 7	TCSC	JFN	F	8	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
267	927916	HELDER SOUZA	1188373 1	TCSC	JFN	M	4	PE	CISTO TRIQUILEMAL	CISTO TRIQUILEMAL	13
268	927989	CRISTIANE DIAS RODRIGUES	1002875 2	PELE	JFN	F	14	A	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
269	928015	JOSELIS ALBUQUERQUE	1204232 9	PELE	JFN	F	5	PE	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
270	928094	JHONY KRAUSE RODRIGUES LIMA	1109770-7	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
271	928113	SIMONE SPENGLER	0733231 9	PELE	JFN	F	7	E	LIPOATROFIA	LIPOATROFIA	3
272	928189	MARLUS PATRIK MARA BORBA	1217080 2	TCSC	JFN	M	8	PE	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
273	928204	ALDILEIA DA SILVA	1223850-9	PELE	JFN	F	10	E	MOLUSCO CONTAGIOSO	MOLUSCO CONTAGIOSO	9
274	928258	DANIELE BARBOSA	1223126-1	PELE	JFN	F	8	E	NEVIL	NEVIL	3
275	928299	JULIANA DE FREITAS	1215252 3	TCSC	JFN	F	9	E	HEMANGIOMA CAVERNOSO	HEMANGIOMA CAVERNOSO	14
276	928274	MARLUS PATRIK MARA BORBA	1213208-0	PELE	JFN	F	8	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
277	928341	MARCIO RODRIGUES JUNIOR	1224344 8	PELE	JFN	M	5	PE	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
278	928353	FLAVIA CAMPOS FUSCA	0880104 6	PELE	JFN	F	14	A	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
279	928608	DAIANE C. RAMOS	1202886-2	TCSC	JFN	F	1	L	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
280	928624	LUIZA BEIK	1228468 8	PELE	JFN	F	1	L	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
281	928628	ELISIANE DOS SANTOS SOUZA	1218395 0	PELE	JFN	F	6	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
282	928639	ANDERSON A. DO NASCIMENTO	0904001 3	PELE	JFN	M	7	E	NEVO EPIDERMICO	NEVO EPIDERMICO	3
283	928693	JAQUELINE MAIA	1221632 6	PELE	N	F	15	A	DESCRIPTIVO	DERMATOMIOSITE	14
284	928738	DANIELE F. HIPOLITO	0228615 7	TCSC	JFN	F	8	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
285	928758	TATIANE A. FARAS	0743843 5	PELE	JFN	F	3	PE	MASTOCITOSE	MASTOCITOSE	8
286	928762	RENATA CAVALHEIRO	0692876-5	PELE	JFN	F	10	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
287	928804	HELOISA APARECIDA SILVA ANTUNES	1140871-0	PELE	JFN	F	6	PE	URTICARIA	URTICARIA	7
288	928860	ADAIR J. ALEXANDRE	0000000 0	PELE	N	M	1	L	ACROCORDON	FIBROMA MOLE	1
289	928862	ALEXANDRA S. DE MATTOS	0118535-4	TCSC	JFN	F	1	L	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
290	930116	ESENLDA GOMES DOS SANTOS	1168038 0	PELE	JFN	F	15	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
291	930134	LUCILENE GHOSAKI	0275148-8	PELE	JFN	F	15	A	ACANTOSE NIGRANS	ACANTOSE NIGRANS	3
292	930192	JANE C. DOS SANTOS	1215497 6	TCSC	JFN	F	12	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
293	930189	GUILHERME CARVALHO O. C.	0287108 4	PELE	JFN	M	13	E	VASCULITE	VASCULITE	7
294	930245	ADAM TETSUO PALMEIRO	1232371 9	TCSC	JFN	M	10	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
295	930275	GIUSEPPE GIOVANNI SKRIPPO	1234398 1	PELE	JFN	M	1	L	S DA PELE ESCALDADA	S DA PELE ESCALDADA	4
296	930277	ANDRESSA MIGUEL	0938671 7	PELE	JFN	F	7	E	NEVO DE CLARK	NEVO DE CLARK	12
297	930290	ELIANE RODRIGUES	1234381 7	TCSC	JFN	F	15	A	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
298	930295	SILVANA CLARA DOS SANTOS	1232284 0	PELE	JFN	F	5	PE	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
299	930406	LEONY S. SILVA	1233798-5	TCSC	JFN	F	4	PE	LIPOMA	LIPOMA	14
300	930591	HELTON LUIZ MOLODOVSKI	1104408-9	TCSC	N	M	7	E	NEUROFIBROMA	NEUROFIBROMA	14
301	930592	BRUNO CUSTODIO	1237414 3	PELE	JFN	M	10	E	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
302	930644	CRISTIAN FRAGALLO	1223847 9	PELE	JFN	M	12	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
303	931003	SILVIO RIBEIRO DOS SANTOS	1108997 1	PELE	N	M	13	E	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
304	931051	VANDERLUCIA B. SANTOS	0673011 6	PELE	N	F	12	E	GVHD	GVHD	4

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
303	931072	NEUZA DE FATIMA CAMPOS	0288027 4	TCSC	N	F	8	E	ABCESSO SUBCUTANEO	ABCESSO SUBCUTANEO	2
304	931256	EVANDRO CESAR DOS SANTOS	1242866-9	PELE	JFN	M	7	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
305	931260	CLAUDIR A DA SILVA	1244626-8	PELE	JFN	M	9	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
306	931276	LUS CARLOS GONCALVES	1218017 9	PELE	JFN	M	11	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECIFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECIFICA	2
307	931280	FABRICIO RAFAEL ANSELMO	1189908-0	PELE	JFN	M	13	E	NEVO DE CLARK	NEVO DE CLARK	12
308	931414	RONALDO DIEMER	1227001 1	PELE	N	M	9	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO CONJUNTIVAL	12
309	931458	RODRIGO NETO TELES	1242484 7	TCSC	JFN	M	2M	L	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
310	931505	KELLY ROSA DE DEUS	0733771 0	PELE	N	F	7	E	ACROCORDON	TRAGUS ACCESSORIO	1
311	931546	VILSON AUGUSTO GUERREIRO	1238757 1	TCSC	JFN	M	7	E	CISTO TRIQUILEMAL	CISTO TRIQUILEMAL	13
312	931622	DAIANA APARECIDA DE ASSIS	0748063-3	PELE	JFN	M	1	L	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
313	931670	ZULMIRA L. CAMARGO	1248505 0	PELE	JFN	F	2	PE	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	8
314	931713	FERNANDA RIBEIRO DE SOUZA	1218155 8	PELE	N	F	5	PE	GVHD	GVHD	4
315	931743	JACQUELINE FERNANDES MAIA	1221932 6	PELE	JFN	F	15	A	DERMATOMIOSITE	DERMATOMIOSITE	11
316	932165	ALINE MARCELLE B. LOPES	1073853 9	PELE	JFN	F	11	E	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	6
317	932404	WILLIAN BRUNO R. ONORIO	1223283-4	TCSC	JFN	M	5	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
318	932653	DAVID L. DOS ANJOS	1253711 5	TCSC	JFN	M	8	E	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	10
319	932681	MARCELO R. DAVIASCENO	0267361-4	TCSC	JFN	M	11	E	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
320	932698	JOICE M. BATISTA	0870105-1	PELE	N	F	11	E	QUELOIDE	QUELOIDE	2
321	933065	CASSIO ROBERTO J.	1262077 2	PELE	N	M	4	PE	TUNGIASE CUTANEA	TUNGIASE CUTANEA	9
322	933081	CAROLINA SILVA CAES	1252673 3	TCSC	N	F	6	PE	HEMATOMA	HEMATOMA	15
323	933209	LEANDRO S. MACHADO	1051965-9	PELE	N	M	6	PE	ERITEMA PIGMENTAR FIXO	ERITEMA POLIMORFO	4
324	933314	EDINO DUONE KAUTNICK	1185120 7	PELE	N	M	15	A	HIPERCERATOSE	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
325	933349	KARINA M. SANTOS	1257493 2	PELE	JFN	F	3M	L	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
326	933830	RODRIGO MUNES	1210382 0	TCSC	JFN	M	9	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
327	933841	MARIA ODILA SILVA ZIHH	1287987 0	TCSC	JFN	F	5	PE	LIPOMA (FIBROLIPOMA)	LIPOMAS (FIBROLIPOMA)	14
328	933698	FLAVIO ROSA SILVEIRA	1287359-4	PELE	N	M	8	E	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
329	933821	SIMONE JOINSKI	1227305-3	TCSC	N	F	9	E	PSORIASI	PSORIASI	8
330	934127	CLAUDIO C. DA SILVA PIOS	1046893-0	PELE	JFN	M	12	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
331	934251	CRISTIANO PEREIRA DA COSTA	1219520-6	TCSC	N	M	7	E	TUMOR DE CELULAS GRANULARES	TUMOR DE CELULAS GRANULARES	14
332	934517	ILUSANDRO MORAES	0850450-8	PELE	JFN	M	12	E	HEMANGIOMA	HEMANGIOMA	14
333	934577	ISABEL CRISTINA F. LIMA	1275017 0	PELE	JFN	F	2	PE	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	8
334	934614	ANDERSON E. POSSO	1255289 0	TCSC	JFN	M	8	E	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	6
335	934649	EDUARDO J. MANTELLI	1223899 0	PELE	JFN	M	2	PE	FIBROSE DERMICA	FIBROSE DERMICA	2
336	934681	FLAVIO C. DOS SANTOS	1276215-1	PELE	JFN	M	6	PE	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
337	934781	ANA PAULA DIAS PEREIRA	0857864-8	PELE	N	F	7	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR SUBCUTANEO	8
338	934792	FLAVIO S. BROZOSKI	1233324 2	TCSC	JFN	M	12	E	LIPOMA	LIPOMA	14
339	934870	BRUNA ELOISE S. NEVES	1277006 5	PELE	N	F	3	PE	NEVO EPIDERMICO	NEVO EPIDERMICO	3
340	934893	VOLNEI DE OLIVEIRA	1274807 8	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
341	935335	ANDREY C. MACAGI	0681604 8	PELE	N	F	9	E	PSORIASI	PSORIASI	8
342	935419	ANDRE ADOLFO ISENSEE	1199154 8	TCSC	JFN	M	4	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
343	935581	MARLON R. PROBST	0911687 7	PELE	N	M	5	PE	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	8
344	935596	SOEILANE A. SOUZA LIMA	1287347-6	PELE	JFN	F	8	E	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	8
345	935598	RONALDO BUENO	0284581 1	PELE	JFN	M	12	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
346	935595	JOSIAS DA CRUZ MUNES	1261712 7	PELE	N	M	12	E	GVHD	GVHD	4
347	936143	DALVA DANIELY FREITAS MELO	1270924 2	PELE	N	F	12	E	GVHD	GVHD	4
348	936163	DAYANA CRISTINA B. DE VARGAS	1275699 2	TCSC	JFN	F	14	A	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
349	936173	RICARDO DE BARROS SANTOS	0873409 7	PELE	JFN	M	8	E	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
350	936224	OTONIEL VEIGA GODOY	128946 0	PELE	JFN	M	5	PE	FOLICULITE FUNGICA	FOLICULITE FUNGICA	9
351	936238	GUILHERME CARVALHO DE OLIVEIRA CABANAS	0287108 4	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECIFICA	2
352	936378	JEFFERSON LUIZ SYZKOVISK	1288309 8	PELE	JFN	M	12	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
353	936553	MICHELE DA COSTA	1281028-1	PELE	N	F	7	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
354	936601	GISELE BERGANASKI	1188514 3	TCSC	JFN	F	12	E	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
355	936620	ELENCE BONATTI	1268922 5	TCSC	JFN	F	14	A	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
356	936838	CARLA PINO	0727151 4	TCSC	N	M	11	E	FIBROMA	FIBROSE DERMICA NODULAR	2
357	936822	ALEXANDRE MACIEL MATTOS	1237504 2	PELE	N	M	14	A	GVHD	DESCRITIVO	10
358	936835	ELIELSON FRANCISCO	0893291 8	PELE	JFN	M	14	A	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
359	936922	ELIZIANE MATOS PALVANO	1263955 4	PELE	JFN	F	14	A	ESCLERODERMIA	ESCLERODERMIA	11
360	937127	RAFAEL C. RODRIGUES	1204418-4	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
361	937238	EDUARDO ANDERSON CARVALHO	1298481 2	PELE	N	M	3	PE	BOLHOSE SUEPIDERMICA	BOLHOSE SUEPIDERMICA	5
362	937256	EDUARDO ANDERSON CARVALHO	1298481 2	PELE	N	M	3	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
363	937530	SUZANA MOURA	0719468 8	PELE	N	F	15	A	CICATRIZ HIPERTROFICA	CICATRIZ HIPERTROFICA	2
364	937541	SILVANA DE SOUZA RODRIGUES	0848180-0	TCSC	JFN	F	13	E	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
365	937543	ELIANA PAES LAMIM SOARES	1281732 1	PELE	N	F	12	E	GVHD	GVHD	4
366	937876	CARLOS E. PINHEIRO	1302371 9	PELE	N	M	13	E	FIBROHISTIOCITOMA	XANTOGRANULOMA JUVENIL	14
367	937748	GABRIEL BASILE PANTAZIO	1174772 8	PELE	N	M	3	PE	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
368	937757	GISLAINE MOREIRA	1270922 6	PELE	JFN	F	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
369	937781	ALEXANDRE TAKEMI MIYOSHI	1282446-1	PELE	N	M	15	A	GVHD	GVHD	4
370	937796	ANDRESSA DO ROCIO MARIOTTO	0263317 5	TCSC	JFN	F	10	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
371	937840	MAICON DA SILVA FURTADO	1191884-8	PELE	N	M	7	E	GVHD	GVHD	4
372	937950	ROBERTA CORDEIRO DE CAMARGO	1211810-0	TCSC	JFN	F	5	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
373	937988	JOSIANE APARECIDA DE LIMA	1285147 3	PELE	JFN	F	13	E	LEISCHMANIOSE	LEISCHMANIOSE	9
374	938015	MONICA SANTOS	1304880 7	PELE	JFN	F	8	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
375	938045	JOLEINE DAS GRACAS SILVA	1070242 8	TCSC	JFN	M	6	PE	CISTO DERMOIDE	CISTO DERMOIDE	13
376	938229	SERGIO GODOY	1308072 0	PELE	JFN	M	13	E	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	6
377	938328	MARCOS A. CONTI	1257555-8	PELE	N	M	13	E	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO COMBINADO	12
378	938332	ANDRESSA PAULA CONCEICAO	7550507 8	TCSC	N	F	1	L	FIBROMA	FIBROMA	14



## BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
381	938371	EVERTON BRIGANO GONCALVES	1258184 2	PELE	N	M	1	L	HPERECERATOSE EPIDERMOLITICA	HPERECERATOSE EPIDERMOLITICA	3
382	938497	DANIELE FRANCIS VALENTIM	1308891 5	PELE	JFN	F	10	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
383	938689	CLAUDIO DE LIMA NASCIMENTO	1083347 1	PELE	JFN	M	2	PE	ERITEMA POLIMORFO	ERITEMA POLIMORFO	4
384	938872	MARLI CORDEIRO DA SILVA	1280966 0	PELE	JFN	F	10	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
385	938902	LUANA APARECIDA DOS SANTOS	0845894 1	TCSC	JFN	F	10	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
386	939109	PAULO CESAR BARROS	1008627 2	PELE	JFN	M	12	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
387	939138	ADALGISA ALVES DINIZ	0029148 4	PELE	JFN	F	14	A	PIODERMA GANGRENOSO	PIODERMA GANGRENOSO	7
388	940053	CINTIA HELENA DOS SANTOS	1281875 0	PELE	N	I	8	E	GVHD	GVHD	4
389	940090	JULIANA GONCALVES	1318378 7	PELE	N	F	14	A	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	7
390	940127	CHARLES ANDERSON COLIS	1310018 7	PELE	N	M	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
391	940198	SILAS OLIVEIRA LEONEL JUNIOR	1318565 0	PELE	JFN	M	9	E	ACROCORDON	ACROCORDON	1
392	940226	JEDISON LUIS TOSO	1305689 7	PELE	JFN	M	11	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
393	940235	RAFAEL STRESSER	1313035 3	PELE	JFN	M	1	L	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
394	940237	LARISSA WARNAVIN	1319744 0	TCSC	JFN	F	11	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
395	940502	JULIAN HUGOR AGOSTINHO	1311142 1	PELE	JFN	M	1M	RN	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
396	940548	JESSICA REGINA DO Rocio PESSOA	1302624 9	TCSC	JFN	F	3	PE	TERATOMA CISTICO MADURO	TERATOMA CISTICO MADURO	14
397	940641	ASSIS DA SILVA P. JUNIOR	1323479 5	PELE	N	M	3	PE	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
398	940650	HELDER NEVES DE SOUZA	118500 3	PELE	JFN	M	13	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
399	940724	DIEGO DA SILVA ALVES	1281450 0	PELE	JFN	M	1	L	CISTO DERMIOIDE	CISTO DERMIOIDE	13
400	940800	ROSANGELA AP. FREITAS	0722260 4	PELE	N	F	14	A	PTIRIASE ALBA	PTIRIASE ALBA	6
401	940823	ANDREA ELVIRA DE ASSIS VALADARES	1323132 0	PELE	N	F	2	PE	HISTIOCIOTOSE	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
402	940825	VALDIR APARECIDO FERNANDES	1320484 0	TCSC	JFN	M	15	A	CISTO DERMIOIDE	CISTO DERMIOIDE	13
403	941000	JOSE ANTONIO PEREIRA MACHADO	1184107 3	TCSC	JFN	M	11	E	HEMANGIOMA CAVERNOSO	HEMANGIOMA CAVERNOSO	14
404	941139	ILSEMAR LEAL	1324608 4	PELE	N	M	2	PE	HISTIOCIOTOSE	HISTIOCIOTOSE	14
405	941226	GUILHERME ANTONIO PEREIRA DA SILVA	1328044 4	TCSC	N	M	3	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
406	941275	JULIANO FARIA CORDEIRO	1248740 1	PELE	N	M	1	L	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
407	941411	GRAZIELA FAGA	1324010 8	TCSC	JFN	F	15	A	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
408	941502	JULIANO DE OLIVEIRA ANTUNES	1128867 7	PELE	JFN	M	3	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
409	941509	EDUARDO JULIO ALVES	1241495 1	PELE	JFN	M	9	E	PSORIASIS	PSORIASIS	8
410	941527	RODRIGO KOPP	1271408 4	PELE	N	M	14	A	GVHD	GVHD	4
411	941637	SILMARA BARA DA CONCEICAO	1117171 0	TCSC	JFN	M	5	PE	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
412	941680	PEDRO EMILIO ENGEL JUNIOR	1332783 1	PELE	JFN	M	8	PE	ERITEMA POLIMORFO	ERITEMA POLIMORFO	4
413	941706	RENATA FENMAN DE FRANCA	1304212 8	PELE	N	F	4	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
414	941750	MARIA JOSE SPRADA	131782 0	PELE	JFN	F	15	A	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
415	941785	AULIS ROS DE LIMA	1109717 0	PELE	N	F	5	PE	XANTOGRANULOMA JUVENIL	XANTOGRANULOMA JUVENIL	14
416	941905	DEBORAH ALVES MARTINS	0399204 5	TCSC	N	F	12	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
417	941949	EDILANE JESIELE MARTINS	1191681 1	PELE	N	F	2	PE	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	8
418	942041	ALINE RODRIGUES PADILHA	1055141 2	PELE	JFN	F	3	PE	D DE FILKENSTEIN	D DE FILKENSTEIN	7
419	942085	CARLOS ROGERIO FORTES	0915766 5	PELE	N	M	12	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
420	942126	JOELMA APARECIDA DA SILVA	1335573 8	PELE	N	F	1	L	DERMATITE SEBORREICA	DERMATITE SEBORREICA	8
421	942243	ROSANGELA LOPES	1335409 0	PELE	JFN	F	13	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
422	942313	MAIKON FERREIRA GONCALVES	1338592 0	PELE	JFN	M	8	E	VASCULITE LEUCOCITARIA	VASCULITE LEUCOCITARIA	7
423	942433	JULIANE APARECIDA VIDAL	1254856 3	PELE	N	F	13	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
424	942484	LEANDRO PAGINE SIQUEIRA	1338040 2	PELE	JFN	M	9	E	DERMATOSE PLANTAR JUVENIL	DERMATOSE PLANTAR JUVENIL	3
425	942486	MAIK JULIO DA SILVA PEIXOTO	1326284 6	PELE	JFN	M	1	L	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	8
426	942500	KAROLINE COUTO DE MORAIS	1018451 7	PELE	N	F	4	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
427	942513	ANGELA APARECIDA MAFRA	1340358 9	PELE	N	F	9	E	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	11
428	942515	ANGELA AP. MAFRA	1340358 9	PELE	N	F	9	E	ESCLERODERMIA	ESCLERODERMIA	11
429	942551	IGOR FLESSAK JUNIOR	1336975 5	PELE	JFN	M	11	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
430	942596	THAGO GNATTA GONCALVES DE CASTRO	1277018 9	PELE	N	M	11	E	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
431	942616	EVELYNE RIBEIRO VARGAS	1227285 5	TCSC	JFN	F	5	PE	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
432	942680	ANDERSON FRANCA	1341078 0	PELE	JFN	M	8	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
433	942750	FERNANDO PEDRO VITOR	1342308 3	PELE	N	M	1	L	NECROSE EPIDERMICA	NECROSE EPIDERMICA	2
434	942808	JOSE FELIPE DA COSTA ROSA PROTICA	0748955 2	PELE	N	M	2	PE	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	1
435	942832	AGUALNADO MENDES777	1342591 4	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
436	942950	JEFFERSON DE S. C. DE OLIVEIRA	1240388 2	PELE	N	M	2	PE	ACROPUSTULOSE	ACROPUSTULOSE	3
437	942953	JOAO MARCOS SANTOS PINHEIRO	0729987 2	PELE	N	M	10	E	ANGIOMA SERPIGINOSO	ANGIOMA SERPIGINOSO	14
438	943029	DIEGO RAMOS	1340813 0	TCSC	JFN	M	8	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
439	943037	ADRIANA ALVES	0931655 0	TCSC	JFN	M	13	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
440	943091	FABIO ARAUJO BRUSCATO	1240282 0	TCSC	JFN	M	1	L	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
441	943165	DANIEL MIRANDA	1345911 8	TCSC	N	M	4	PE	INFECCAO HERPETICA	INFECCAO HERPETICA	9
442	943194	JOAO PAULO LIRA MIRANDA	1190568 7	PELE	N	M	13	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
443	943277	WALTER JOSE GONCALVES	0685268 4	PELE	N	M	15	A	FARMACODERMIA	FARMACODERMIA	4
444	943317	EDGAR KAMITANI BONO	0278857 8	PELE	JFN	M	13	E	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	LINFANGIOMA (HIGROMA CISTICO)	14
445	943447	HELEN DIANE CAMARGO	1300251 7	PELE	JFN	F	5	PE	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
446	943530	ALESSANDRA ROCHA	1322524 9	TCSC	JFN	F	9	E	CISTO BRANQUIAL	CISTO BRANQUIAL	13
447	943612	FRANCISLEINE R. ALVES	1348248 9	TCSC	JFN	F	14	A	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
448	943615	DENISE CARDOSO DE ALMEIDA	1318823 5	PELE	N	F	14	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
449	943680	GISELE BRAGA DA COSTA	1325480 7	PELE	N	F	14	A	GVHD	GVHD	4
450	943699	VANESSA VAZ DOS SANTOS	1351306 6	PELE	N	F	7	E	MOLUSCO CONTAGIOSO	MOLUSCO CONTAGIOSO	9
451	943811	MAYKON LUCIANO DA LUZ MOREIRA	0749105 0	PELE	N	M	2	PE	ACROPUSTULOSE	ACROPUSTULOSE	8
452	943813	ROSANGELA PYHAZURA	0808135 2	PELE	JFN	F	14	A	GRANULOMA ANULAR	GRANULOMA ANULAR	8
453	943815	FUMIA CHARLA DE JESUS	0821999 0	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
454	943868	VANESSA ANVERSA	0280781 4	PELE	N	F	13	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
455	943888	FABIANE COSTA LOPES	1233820 1	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
456	944041	LUZ ANTONIO DOS SANTOS	0861491 1	PELE	JFN	M	14	A	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
457	944123	JAMILE RAFAEL DO NASCIMENTO	1096181 0	PELE	JFN	F	4	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
458	944188	ANGELO SILVIO CORREA	1318064 4	TCSC	JFN	M	14	A	CISTO TRIQUILEMAL	CISTO TRIQUILEMAL	13
459	944237	IARA VAZ CESARIO	1354424 7	PELE	N	F	13	E	PARACOCIDIOIDOMICOSE	PARACOCIDIOIDOMICOSE	9
460	944281	RAFAEL MAURICIO FURLIN	1326186 5	TCSC	JFN	M	5	PE	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
461	944375	ROSANGELA LOPES	1335409 0	PELE	N	F	13	E	DESCRITIVO	POROCERATOSE	6
462	944528	MAICON WILLIAN TEODORO	1308202 1	PELE	N	M	1	L	PUSTULOSE	PUSTULA SUBCORNEA	5
463	944742	RODRIGO JANNAKI DE SOUZA	1359441 4	PELE	JFN	M	13	E	HEMANGIOMA	HEMANGIOMA	14
464	944745	PAULO CESAR STEFANELLO	1356559 7	PELE	N	M	9	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	FARMACODERMIA	4
465	944788	BIANCA FRASSON	1276580 0	TCSC	JFN	F	1	L	FISTULA BRANQUIAL	FISTULA BRANQUIAL	13
466	944886	NQUEL MAGNO DOS REIS	1238865 9	PELE	JFN	M	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
467	944907	JUNIOR CESAR DE JESUS SANTOS	1272280 0	PELE	N	M	3	PE	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
468	944943	MAIKO FELIPE DA SILVA DE MIRA	1193059 0	PELE	JFN	M	2	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
469	945030	FRANCIELI DESCHAMPS	1354740 8	PELE	N	F	12	E	PURPURA PIGMENTAR CRÔNICA	PURPURA PIGMENTAR CRÔNICA	7
470	945065	DANIEL OLIVEIRA SILVA	1329833 5	TCSC	N	F	15	A	DERMATOFIBROMA	NEUROFIBROMA	14
471	945077	HELEN DIANE CAMARGO	1300251 7	PELE	N	F	6	PE	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
472	945085	EDER LUIZ BRATZ	1344983 0	PELE	JFN	M	8M	L	ECTASIA VASCULAR SUPERFICIAL	ECTASIA VASCULAR SUPERFICIAL	7
473	945184	THIAGO JOSE BATISTA	0907985 8	PELE	N	M	11	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
474	945241	MICHELLY RAMOS DE OLIVEIRA	1364026 2	PELE	JFN	F	7	E	VASCULITE	VASCULITE	7
475	945387	JEFFERSON SCHMEGUEL	0717592 2	PELE	JFN	M	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
476	945398	MIRIAM ROCHA DE ARAUJO	1026232 1	PELE	JFN	F	4	PE	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
477	945399	JHONATHAN HENRIQUE ALVES	1325218 1	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
478	945417	ALBERTO MIGUEL GENORAZZO	1326218 7	PELE	N	M	14	A	NEVO DE CLARK	NEVO DE CLARK	12
479	945427	ERNESTO DE ALMEIDA OLIVEIRA	1338655 1	TCSC	N	M	15	A	SIRINGOMA CONDROIDE	SIRINGOMA CONDROIDE	14
480	945468	LILIANE DE OLIVEIRA CLAVIS	1358025 1	PELE	JFN	F	7	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
481	945527	DANIEL SOUZA COSTA	1365918 4	TCSC	JFN	M	8	PE	ERITEMA NODOSO	ERITEMA NODOSO	11
482	945561	IZAQUEL DA SILVA	1368725 0	PELE	JFN	M	8	PE	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
483	945581	GEIMINI CIT	0733625 0	PELE	N	F	8	E	MOLUSCO CONTAGIOSO	MOLUSCO CONTAGIOSO	9
484	945617	DIEGO PLANTICOW	1091813 8	PELE	JFN	M	2	PE	NEVO DE SPITZ	NEVO DE SPITZ	12
485	945632	MARCOS MANUEL RIBEIRO	1367711 5	PELE	N	M	10	E	DESCRITIVO	ULCERA CUTANEA	2
486	945642	JASMIN WILMA HORVATH	1359429 5	PELE	JFN	F	1	L	GRUPO ECZEMA	GRUPO ECZEMA	6
487	945693	JOSIANE RIBEIRO DA SILVA	1351202 7	PELE	JFN	F	7	E	CUTIS LAXA	CUTIS LAXA	3
488	945784	BRUNO ADAMS DAMAZIO	1347965 8	PELE	N	M	6	PE	CHALAZIO	CHALAZIO	8
489	945794	SIMONE DO ROSARIO BITNER	1365649 5	TCSC	JFN	F	3	PE	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
490	945829	MILENA BEATRIZ PETRES	1120174 1	PELE	N	F	13	E	DERMATOFIBROMA	DERMATOFIBROMA	14
491	945997	JOAO ANTONIO COSTA BATISTELA	1371128 3	PELE	N	M	13D	RN	EPIDERMOLISE BOLHOSA DISTROFICA	EPIDERMOLISE BOLHOSA DISTROFICA	3
492	946005	VAGNER JESUS DOS SANTOS	1364645 1	PELE	JFN	M	12	E	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
493	946028	GISELLE S DA ROSA	1238765 2	PELE	N	F	7	E	DESCRITIVO	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	6
494	946140	APOLLO HAYASSAKA MADEIROS	1370865 7	PELE	JFN	M	15	A	FOLICULITE CRÔNICA INESPECÍFICA	FOLICULITE CRÔNICA INESPECÍFICA	2
495	946220	MAILCON PERGIA SANTOS	0931011 2	PELE	N	M	8	E	DERMATOFILOSE	DERMATOFILOSE	9
496	946428	CINTIA PEGUANE CANDIDO	0265897 6	PELE	JFN	F	13	E	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	8
497	946443	IRENE DIRES DOS SANTOS	1369578 4	PELE	JFN	F	13	E	PSORIASIFORME	PSORIASIFORME	8
498	947059	CARLOS FRANCISCO MOREIRA SANTOS	1378083 3	PELE	N	M	4	PE	LUES	LUES	8
499	947185	PRISCILA DE FATIMA MENDES	0848344 2	PELE	JFN	F	11	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
500	947234	BARBARA ANNE DA S BOCUTI	1355931 1	PELE	N	F	5	PE	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	11
501	947371	ISABELA WOSNI	1379059 0	PELE	N	F	15	A	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO CONGENTO	12
502	947373	ELIANE DE JESUS BONFIM	1014497 3	PELE	N	F	13	E	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	11
503	947431	MAYCON GREGORIO ORCHANNESKI	1383737 6	PELE	N	M	1	L	VASCULITE LEUCOCITOCLASICA	VASCULITE LEUCOCITOCLASICA	7
504	947471	CINTIA VALERIA DOMINGUES	1243865 6	TCSC	N	F	12	E	DESCRITIVO	TRAGUS ACESSORIO	1
505	947549	BLANCA DE SOUZA DANTAS	1373173 0	PELE	JFN	F	1	L	NEVO EPIDERMICO	NEVO EPIDERMICO	3
506	947584	VANESSA EVARISTO DOS SANTOS	0691928 0	PELE	N	F	11	E	PTIRIASE RUBRA PILAR	PTIRIASE RUBRA PILAR	8
507	947588	JOSE FELIPE DA COSTA ROSA PROTICA	0748955 2	PELE	N	M	3	PE	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	1
508	947614	EDSON ROSA DOS SANTOS	1380300 5	PELE	JFN	M	13	E	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	2
509	947635	ELIANE ROSA	1316928 4	PELE	JFN	F	14	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
510	947822	VALERIA LINS GONCALVES	1365504 8	PELE	N	F	11	E	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	NEVO EPIDERMICO	3
511	947901	DANELLE ANZOLIM DOS SANTOS	1367838 3	PELE	N	F	8	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
512	948067	PEDRO MONTEIRO	1341822 5	PELE	N	M	15	A	LIQUEN SIMPLIS CRÔNICO	LIQUEN SIMPLIS CRÔNICO	8
513	948244	SOLANGE STADLER?	1369691 7	PELE	JFN	F	1	L	HISTIOCILOSE	HISTIOCILOSE	14
514	948251	CINTIA REGIANE CANDIDO	0265897 6	PELE	JFN	F	13	E	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	8
515	948323	ITAMARA DE F DURAN	1367930 3	PELE	N	F	15	A	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
516	948496	MAIARA OLIVEIRA MOREIRA	1391872 2	TCSC	N	F	5	PE	GANGRENA	GANGRENA	2
517	948547	ANGELA MARIA VIANTE	1381730 8	TCSC	N	F	15	A	MUCOCLE E TMOIDAL	MUCOCLE E TMOIDAL	13
518	948568	VIVIAN MARIA RODRIGUES	1380978 0	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	ERITEMA NODOSO	11
519	948704	EDER LUIZ BRATZ	1344983 0	PELE	N	M	1	L	DESCRITIVO	ACROCORDON	1
520	948708	FELIPE NATHAN GARCIA SIQUEIRA	1125031 9	PELE	N	M	3	PE	VARICELA	VARICELA	9
521	948710	ADRIANA FERREIRA	1360453 3	PELE	N	F	12	E	FIBROQUERATOMA DIGITAL	DEDO SUPRA-NUMERARIO	1
522	948748	DANIEL RODRIGO PAZ PADILHA	1376372 0	TCSC	JFN	M	13	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
523	948759	CINTIA REGIANE CANDIDO	0265897 6	PELE	JFN	F	13	E	PAQUIONQUIA CONGENITA	PAQUIONQUIA CONGENITA	3
524	948770	DONZETE RADASKIEWICZ TRUSZYNSKI	1390168 0	PELE	N	M	8	E	ERUPCAO POLIMORFA A LUZ	ERUPCAO POLIMORFA A LUZ	4
525	948774	CLAUDIA R DE ANDRADE	1393278 6	PELE	N	F	13	E	LUPUS ERMATOSO	DERMATITE LIQUENOIDE	8
526	948777	JOSE HENRIQUE SILVA	1348177 5	PELE	N	M	1	L	DERMATOFITOSE	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	8
527	948836	ADRIANA CASTORINA PADILHA	1394507 1	TCSC	JFN	F	4	PE	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
528	948937	CARLOS ROBERTO DE LIMA	1341789 7	TCSC	JFN	M	7	E	NORMAL	NORMAL	10
529	948932	ZELIA FERNANDES	1363889 3	PELE	JFN	F	15	A	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	6
530	949148	LEANDRO JOSE MATOSO	0616298 3	PELE	N	M	14	A	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
531	950063	JOSIANE SMOKANYTZ PRIMA	1399228 2	PELE	N	F	12	E	CA BASOCELULAR	TRICOBLASTOMA	14
532	950082	DIEGO CASTILHO	0677978 4	TCSC	JFN	M	9	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
950138		CLEVERSON SANTANA PEREIRA	1394227 7	TCSC	JFN	M	10	E	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
950187		ULIAN HENRIQUE RICARDO	1355807 8	PELE	N	M	5	PE	HALOFOMICOSE	HALOFOMICOSE	9
950280		CRISTIANE HECKE	0885454 8	PELE	N	F	10	E	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	VERRUGA VIRAL (MYRMECIA)	9
950331		FERNANDA PEREIRA	1366268 1	TCSC	JFN	F	7M	L	HEMANGIOMA CAPILAR	HEMANGIOMA CAPILAR	14
950381		FERNANDO MIRANDA	0873339 2	TCSC	JFN	M	10	E	FISTULA	FISTULA	13
950385		MANUELA PATRICIA RODRIGUES DE FRANCA	1401644 0	PELE	N	F	10	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
950481		BEATRIZ DE OLIVEIRA NUNES DA SILVA	1402521 0	TCSC	JFN	F	8	E	PILOMATRICOMA	PILOMATRICOMA	14
950658		SADI DOS SANTOS	1388555 8	PELE	N	M	14	A	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
950672		RAFAEL FERNANDES	1238632 8	PELE	JFN	M	9	E	VASCULITE GRANULOMATOSA	VASCULITE GRANULOMATOSA	7
950786		CAMILA RODRIGUES SILVA	1405972 5	PELE	N	F	4	PE	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	2
950802		LUIZ RICARDO CORREA RODRIGUES	1396586-9	PELE	JFN	M	8	E	NEVO CONGENITO	NEVO CONGENITO	12
950812		JOAO DANIEL DE FREITAS NETO	1392431 7	PELE	JFN	M	13	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
950841		CLEMILDA ALVES PEREIRA	1391897-6	PELE	N	F	7	E	GVHD	GVHD	4
950914		MARIANA FERREIRA MAURI	1139494 9	PELE	N	F	13	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	4
950968		JOSEANE SMOKANYTZ PURINA	1399228 2	PELE	JFN	F	13	E	CA BASOCELULAR PIGMENTADO	CA BASOCELULAR PIGMENTADO	14
951076		MARCELLE MUNARETTO	1408236 0	PELE	N	F	4	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	8
951127		JANE VIEIRA DOS SANTOS	1400788 7	PELE	N	F	14	A	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	2
951172		CRISTIANE ALQUIMIM CORDEIRO	1408893 5	TCSC	JFN	F	15	A	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
951188		MAYCON MIGUEL SANTOS BISPO	1377128 8	PELE	N	M	1	L	MASTOCITOSE	MASTOCITOSE	6
951196		SOLANGE MARIA RODRIGUES	1396583-8	PELE	N	F	15	A	NEVO EPIDERMICO	NEVO EPIDERMICO	3
951223		ISABELLY DOS SANTOS AMARAL	1196318-8	PELE	N	F	14	A	HYPERKERATOSIS	HYPERKERATOSIS	2
951247		EVERTON BAHS BUENO	1409289-7	PELE	JFN	M	10	E	GRANULOMA PIOGENICO	GRANULOMA PIOGENICO	14
951315		JOSIVALDO DA CONCEICAO	1409921 2	PELE	N	M	4	PE	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
951380		ALESSANDRA CARDINE BECKER	0744249 1	PELE	JFN	F	4	PE	DERMATOSE PUSTULOSA SUBCORNEA	DERMATOSE PUSTULOSA SUBCORNEA	5
951400		MARLENE RAMTHUN	1410615-4	PELE	JFN	F	13	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
951683		JOSE FRANCISCO BRAZ	1375752 6	PELE	JFN	M	3	PE	CISTO PILONDA	CISTO PILONDA	13
951712		THAYOMAR ROCHA GOMES	0906789-8	TCSC	JFN	M	7	E	CISTO TRIQUEMAL	CISTO TRIQUEMAL	13
951795		JULIANA APARECIDA DE SOUZA	0867146 0	PELE	JFN	F	5	PE	VASCULITE LEUCOCITOCLASICA	VASCULITE LEUCOCITOCLASICA	7
951882		VALDIZENE DA SILVA OLIVEIRA	1414818 3	PELE	N	F	9	E	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
951885		FABIO JOAO DE FARIA	0919150 0	PELE	N	M	14	A	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO DESMOPLAS CO	12
951917		MIDELBRANDO COLEN FRANCO FILHO	1388874 3	PELE	N	M	9M	L	CISTO BRANQUIAL	TRAGUS ACCESSORIO	1
952059		IZAIAS DA SILVA GONCALVES	1413553-6	PELE	N	M	12	E	EPIDERMOLISE BOLHOSA	EPIDERMOLISE BOLHOSA	3
952097		JOAO CARLOS FERNANDES MACHADO	1213020-1	TCSC	JFN	M	10	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
952188		TIAGO BIGARELLA	1417288-8	TCSC	JFN	M	12	E	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	GRANULOMA DE CORPO ESTRANHO	8
952246		BIANCA FRASSON	1276580-0	PELE	N	F	13	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
952354		IVONE A DE MATOS	1411718-4	PELE	N	F	14	A	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	PAPILOMA ESCAMOCELULAR	1
952619		CAMILA CRISHRI TUBZECK	1419881-4	PELE	JFN	F	10	E	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	2
952740		JEFFERSON KRZYZANOSKI	1354289-4	PELE	N	M	15	A	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	INFLAMACAO CRONICA INESPECIFICA	7
952785		ANDRE ROSARIO DOS SANTOS	1342400-4	PELE	N	M	11	E	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	12
953037		DANELE FRANCIS VALENTIN	1308591 5	PELE	N	M	11	E	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	NEVO CONGENITO	12
953147		LANA LUISA DE OLIVEIRA MAGALHAES	1278920-3	PELE	N	F	5	PE	GVHD	GVHD	4
953206		SAMARA LARISSA KOMAR MARQUES	1363937 0	TCSC	JFN	F	5	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
953264		RODRIGO RODRIGUES	1421677 4	PELE	N	M	9	E	DESCRIPTIVO	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	8
953487		SERGIO EMANUEL MULLER DE SOUZA	0747480-8	TCSC	JFN	M	11	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
953536		DARLAN OLIVEIRA DE SOUZA NETO	1424310 0	PELE	JFN	M	10	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
953561		DARLAN OLIVEIRA DE SOUZA NETO	1424310-0	PELE	N	M	10	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
953639		IGOR HILDEFONSO KUHN	1365322-0	PELE	N	M	13	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
954072		PAMELA VIEIRA	1428847 0	PELE	N	F	1	L	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
954075		PRISCILA DE MATOS CHELINHO	1430584 5	PELE	N	F	12	E	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	MELANOSE DERMICA POS-INFLAMAT	12
954098		RAFAEL ALEXANDRE DE SOUZA	1248305-8	PELE	JFN	M	12	E	AMILOIDOSE	AMILOIDOSE	15
954115		FERNANDA MADEIRA CHARELLI	1404347 4	PELE	N	F	10	E	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO CONGENITO	12
954188		MARCELO HENRIQUE BATISTA	1416053-1	PELE	N	M	5	PE	QUELOIDE	QUELOIDE	2
954421		EDUARDO HILAN MELARA DE OLIVEIRA	1432214 0	PELE	N	M	11	E	PTIRIASE LIQUENOIDE CRONICA	DESCRIPTIVO	10
954452		EVERSON DOS SANTOS	1256847 9	PELE	JFN	M	8	E	PRURIGO	PRURIGO	4
954501		ANTONIO EDUARDO TEIXEIRA GOTTLICH	1401082 3	TCSC	JFN	M	7	E	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSAO EPIDERMICA	13
954606		RAQUEL CRISTINA DE SOUZA	1404728 8	TCSC	JFN	F	8	PE	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
954747		RODRIGO DE PAULA BUENO	141912 7	PELE	N	M	7	E	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCITICO INTRADERMICO	12
954757		DARLAN OLIVEIRA DE SOUZA NETO	1424310-0	PELE	N	M	9	E	GVHD	GVHD	4
954782		PEDRO LOPES NOGUEIRA FILHO	0277102 0	PELE	N	M	15	A	NORMAL	NORMAL	10
954780		CRISTIANE L VIDAL	1436864 7	PELE	JFN	F	7M	L	VASCULITE	VASCULITE	7
954870		AGUEDA MARIA TIBURCIO	1281210 2	PELE	N	F	11	E	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	DERMATITE CRONICA ESPONGIOTICA	8
954883		PATRIK THIAGO SABINO DA SILVA	1427724 2	PELE	N	M	7	E	MICOSE FUNGOIDE	MICOSE FUNGOIDE	14
954932		MARA ORTIZ	1438647 4	PELE	N	F	2M	L	ESCARBIOSE	ESCARBIOSE	9
955087		VIVIANE ROCHA	1438991 1	PELE	JFN	F	10	E	NEVO EPIDERMICO	NEVO EPIDERMICO	3
955089		VALERIA AP FERREIRA	0942715 5	TCSC	JFN	F	6	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
955174		SABRINA CLAUDIA DEL SANT	1434312 1	PELE	N	F	13	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10
955490		LETICIA TAVAREZ ALVES	1418589 4	TCSC	JFN	F	1	L	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
955828		GEORGIA FERNANDES	1128798 8	TCSC	JFN	F	11	E	FISTULA	FISTULA	13
955831		GABRIEL ROCHA	1103540 1	TCSC	JFN	M	7	E	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
955897		PAULO SERGIO DA SILVA	1097433 0	PELE	JFN	M	12	E	PENFIGO FOLIACEO	PENFIGO FOLIACEO	5
955913		JEFFERSON RODRIGO BATISTEL	1443358 2	TCSC	N	M	12	E	DESCRIPTIVO	HYPERKERATOSIS	2
956008		VANESSA APARECIDA FOITE	1049679 9	PELE	N	F	15	A	NEVO MELANOCITICO JUNCIONAL	NEVO MELANOCITICO COMPOSTO	12
956028		MARCIA CRISTINA O PINHEIRO	1432123 3	PELE	N	F	14	A	NORMAL	NORMAL	10
956279		NICOLLE STEPHANNY FERREIRA GONCALVES	1396482 0	TCSC	JFN	F	1	L	FISTULA	FISTULA	13
956315		EVERSON LUIZ VIANA	1342128-5	PELE	N	M	2	PE	DEDO SUPRA-NUMERARIO	DEDO SUPRA-NUMERARIO	1
956487		RAFAEL FERNANDES LIMA SILVA	1420849-8	PELE	N	M	12	E	DESCRIPTIVO	DESCRIPTIVO	10

# BANCO DE DADOS DE DERMATOPATOLOGIA PEDIÁTRICA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
009	956813	FERNANDA DA ROCHA	1450385 4	TCSC	JFN	F	14	A	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
010	956835	MARCOS DA SILVA ANDRADE	0954239 8	TCSC	N	M	11	E	ANGIOQUERATOMA	LINFANGIOMA (HIGROMA CÍSTICO)	14
011	956850	MARCIA CRISTINA O PINHEIRO	1432123-3	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
012	956666	AMANDA DE MELO OLIVEIRA	1420537 3	TCSC	JFN	F	2	PE	CISTO DERMÓIDE	CISTO DERMÓIDE	13
013	956883	MARCELO CARDOSO	1120193-9	PELE	N	M	8	E	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
014	956934	ROGERIO SOUZA BRITO	1319284 2	TCSC	N	M	3	PE	CISTO BRANQUAL	TRAGUS ACESSÓRIO	1
015	957056	TATIANA TOZETTO BELESKUC	1278038-9	PELE	N	F	6	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
016	957106	MAURICIO P. FRANCA	145 2584-0	PELE	JFN	M	2	PE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	GRANULOMA TUBERCULOIDE	9
017	957382	RAIMUNDO NONATO RIBEIRO FILHO	1157243 0	PELE	N	M	14	A	ERITEMA POLIMORFO	ERITEMA POLIMORFO	4
018	957393	MARCIA CRISTINA O PINHEIRO	1432123 3	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
019	957441	WAGNER TORRES FELICIO	1437159 1	PELE	N	M	14	A	NORMAL	NORMAL	10
020	957466	THAIS TREVISAN DURIGAN	1368468 0	TCSC	JFN	F	1	L	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
021	957570	SIDIMAR DA ROSA	1213713 3	PELE	JFN	M	12	E	DERMATITE PSORIASIFORME	DERMATITE PSORIASIFORME	8
022	957793	WAGNER TORRES FELICIO	1437159 1	PELE	N	M	14	A	GVHD	GVHD	4
023	957797	MARCIO HARTIG	0684229 1	TCSC	JFN	M	10	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
024	957820	DEUSDETE DOS SANTOS FERREIRA	1413636 3	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
025	957822	JHONY PABLO SCHIMERSKI SANTOS	1452529 7	PELE	N	M	7M	L	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
026	957852	ALCEU BODOT JUNIOR	1354670-3	PELE	N	M	14	A	CICATRIZ HIPERTROFICA	CICATRIZ HIPERTROFICA	2
027	957821	DIEGO PAULINO DIONISIO	1458494 3	PELE	JFN	M	7	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
028	958026	WAGNER TORRES FELICIO	1437159-1	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
029	958040	FERNANDO SOUZA DE LIMA	1417892 5	TCSC	N	M	1	L	FIBROMA MOLE	TRAGUS ACESSÓRIO	1
030	958293	WAGNER TORRES FELICIO	1437159 1	PELE	N	M	14	A	NORMAL	NORMAL	10
031	958468	WAGNER TORRES FELICIO	1437159 1	PELE	N	M	15	A	GVHD	GVHD	4
032	958532	MARCELO JOEL DE SANTANA	1453978 6	PELE	N	M	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
033	958616	DAMIANA TEREZINHA DE SOUZA DO PRADO	1449959 8	PELE	JFN	F	2	PE	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
034	958849	JULIANA CARDOSO JOLKOSKI	1091036 6	PELE	N	F	12	E	NEVO MELANOCÍTICO COMPOSTO	NEVO MELANOCÍTICO COMPOSTO	12
035	958882	MARCOS ANTONIO DA LUZ VAZ	1437512 0	PELE	JFN	M	6M	L	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
036	958739	MARIA CECILIA FRITOLI	1499007 2	TCSC	N	F	15	A	EXOSTOSE SUBUNGUEAL	EXOSTOSE SUBUNGUEAL	2
037	958799	FLAVIO NATHAN TABORDA	1437390 0	TCSC	JFN	M	2	PE	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
038	958866	MIRIAM ATEF AWALEH	1484145 9	PELE	N	F	7	E	HISTIOCITOSE	HISTIOCITOSE	14
039	958917	MARCELO SANTANA	1453978 6	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
040	958976	THAIS FRANCIELLE DE MOURA	1485112 8	PELE	N	F	8	E	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	DERMATITE CRÔNICA ESPONGIOTICA	6
041	959061	IRENE DIRES DOS SANTOS	1369578 4	PELE	N	F	14	A	FRINODERMA	FRINODERMA	4
042	959066	NICOLE M. STOLARCZKI	1431381 8	PELE	N	M	6M	L	POLIPO FIBRO EPITELIAL	ACROCORDON	1
043	959076	GISELE METRING DA CRUZ	1465816-1	PELE	JFN	F	12	E	LIQUEN ESCLEROATROFICO	LIQUEN ESCLEROATROFICO	6
044	959118	MARCELO SANTANA	1453978-6	PELE	N	M	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
045	959277	ADRIANA MARA DE MATTOS GASPARIN	1461402 6	PELE	JFN	F	10	E	ESCLEROSE DERMICA	ESCLEROSE DERMICA	2
046	959301	ELYSSEN DYEGO DE SOUZA	1483434 7	PELE	N	M	10	E	DEDO SUPRA-NUMERARIO	DEDO SUPRA-NUMERARIO	1
047	959488	BIANCA LEVANDOSKI	1413081 0	PELE	JFN	F	2	PE	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
048	959491	MAURICIO FERREIRA DE BRITO	0739054 8	TCSC	JFN	M	8	E	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	CISTO DE INCLUSÃO EPIDERMICA	13
049	959500	LEILA P. DA SILVA	1405870-2	PELE	N	F	10	E	GVHD	GVHD	4
050	959531	ELIANA DASCANIO DE PAULA	1294567 1	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
051	959538	MAICON LEANDRO CROPOLATO MATIAS	1373838 8	PELE	N	M	7	E	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO	NEVO CONGENTO	12
052	959604	ELTON DOS SANTOS MEDEIROS	1390584 3	PELE	JFN	M	12	E	LIQUEN ESCLEROATROFICO	LIQUEN ESCLEROATROFICO	6
053	959741	DANIELA ALVES DA SILVA	1470104 4	PELE	N	F	2	PE	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
054	959805	MAURICIO VIEGO DOS SANTOS	1453359-1	PELE	N	M	7	E	ERITEMA POLIMORFO	ERITEMA POLIMORFO	4
055	959898	CLEBERSON DIAS	1413837 4	TCSC	JFN	M	8	PE	CISTO TIREOGLOSSO	CISTO TIREOGLOSSO	13
056	9510183	SILNEIA LINHARES DE MORAES	1461221 1	TCSC	JFN	F	7	E	LIPOMA	LIPOMA	14
057	9510217	ELIANA O DE PAULA	1294567 1	PELE	JFN	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
058	9510237	KAYO CESAR GOMES	1171917 1	TCSC	N	M	7	E	FIBROSE DERMICA	FIBROSE DERMICA	2
059	9510303	SILMARA PIRES DA SILVA	1126589 8	PELE	N	F	4	PE	GVHD	GVHD	4
060	9510345	ERICK PINHEIRO DA SILVA	1163182 7	PELE	JFN	M	8	PE	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO	NEVO MELANOCÍTICO INTRADERMICO	12
061	9510354	FERNANDO SERGIO MULLER	1069070-6	PELE	JFN	M	4	PE	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	INFLAMAÇÃO CRÔNICA INESPECÍFICA	2
062	9510378	ELIANA DASCANIO DE PAULA	1294567 1	PELE	N	F	14	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10
063	9510438	OLAIR JOSE PRESTES	1455881 0	PELE	JFN	M	15	A	DESCRITIVO	DESCRITIVO	10



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, AB Embryologic, histologic and anatomic aspects In ACKERMAN, AB **Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: an algorithmic method based on pattern analysis**, 2<sup>nd</sup> ed New York Williams & Wilkins, 1997 p 3-56
2. AGATON, BFC, GAY, EC Diagnosis and treatment of branchial cleft cysts and fistulae A retrospective study of 183 patients **Int. J. Oral Maxillofac. Surg** , v 25, n 6, p 449-452, 1996
3. AJITHKUMAR, K, KURIAN, S, JACOB, M, et al Linear IgA bullous dermatosis in south Índia **Int. J. Dermatol** , v 36, n 3, p 191-193, 1997
4. ARORA, PN, AGGARWAL, SK, RAMAKRISHNAN, KR Analysis of dermatological referrals A series of 662 cases from Base and Army Hospital Complex **Int. J. Dermatol** , v 34, n 1, p 1-8, 1989
5. ATHREYA, BH Vasculitis in children **Curr. Opin. Rheumatol** , v 8, n 5, p 477-484, 1996
6. BANIK, R, LUBACH, D Skin tags localizzation and frequencies according to Sex and age **Dermatologica**, v 174, n 4, p 180-183, 1987
7. BARNHILL, RL, MIHM, MC Pigmented spindle cell naevus and its variants distinction from melanoma **Br. J. Dermatol.**, v 121, p 717-726, 1989
8. BECKER, SW, ZIMMERMANN, AA Further studies on melonocytes and melanogenesis in the human fetus and newborn **J. Invest. Dermatol** , v 25, p 103, 1955

9. BERRY, CL Examination of the fetus and neonatal autopsy In BERRY, CL **Paediatric pathology**, 3<sup>rd</sup> ed New York Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1995 p 1-41
10. BLEGGI-TORRES, LF, ALMEIDA, R, AVILA, S, et al Brain tumours in south Brazil a retrospective study of 438 cases **Arq. Neuropsiquiatr** , V 48, n 3, p 179-285, 1990
11. BLEGGI-TORRES, LF, NORONHA, L, TELLES, JEQ A importância da imunohistoquímica no diagnóstico anatomopatológico em hospital geral análise de 885 casos **J. Bras. Patol.**, v 31, n 2, p 65-71, 1995
12. BREATHNACH, AS Embryology of human skin **J. Invest. Dermatol** , v 57, p 133, 1971
13. COHEN, LM, SKOPICKI, DK, HARRIST, TJ, et al Noninfectious erythematous papular, squamous diseases of the skin In ELDER, D, ELENITSAS, R, JAWORSKY, C, JOHNSON, B **Lever's histopathology of the skin**, 8<sup>th</sup> ed Philadelphia Lippincott – Raven Publishers, 1997 p 151-184
14. COLLANTES, AT Dermatologia en el tropico **Rev. Med. Panama**, v 20, n 3, p 65-71, 1995
15. DECOSTE, SD, STERN, RS Diagnosis and treatment of nevocytic lesions of the skin A community-based study **Arch. Dermatol.**, v 129, p 57-62, 1993
16. DEMIRCAN, M, BALIK, E Pilomatricoma in children a prospective study **Pediatr. Dermatol** , v 14, n 6, p 430-432, 1997
17. DESAI, SC, JAGAVKAR, CK, OBERAI, CM Epidemiologic approach to

- community dermatology **Int. J. Dermatol.**, v 24, n 5, p 308-312, 1985
- 18.DUREPAIRE, R, PRUNIERAS, M Perspectives in dermatology France 1972-1976 **Int. J. Dermatol** , v 16, n 3, p 179-184, 1977
- 19.ELDER, D, ELENITSAS, R, JOHNSON B, et al Algorithmic classification of the skin disease for differencial diagnosis In ELDER, D, ELENITSAS, R, JAWORSKY, C, JOHNSON, B **Lever,s histopathology of the skin**, 8<sup>th</sup> ed Philadelphia Lippincott – Raven Publishers, 1997 p 61-116
- 20.ELENITSAS, R, VAN BELLE, P, ELDER, D Laboratory methods In ELDER, D, ELENITSAS, R, JAWORSKY, C, JOHNSON, B **Lever’s histopathology of the skin**, 8<sup>th</sup> ed Philadelphia Lippincott – Raven Publishers, 1997 p 51-60
- 21.ELUF NETO, J, MENEZES, PR, GOLDBAUM, M Aspectos metodológicos em pesquisa clínica **Academia Brasileira de Neurologia**, v 6, p 28 3 –28 9, 1998
- 22.FALANGA, V, SCHACHNER, LA, ERA, V, et al Dermatologic consultations in the hospital setting **Arch. Dermatol** , v 130, p 1022-1025, 1994
- 23.FINDLAY, GH, VISMER, HF, SOPHIANOS, T The spectrum of paediatric dermatology Analysis of 10 000 cases **Br. J. Dermatol** , v 91, p 379-387, 1974
- 24.FINLAY, AY Quality of life measurement in dermatology a practical guide **Br. J. Dermatol.**, v 136, p 305-314, 1997
- 25.FITZPATRICK, TB, EISEN, WK, FREEDBERG, IM, AUSTEN, KF **Dermatology in general: textbook and atlas**, 2<sup>a</sup> ed New-York McGraw-Hill Book Company, 1979
- 26.FOSTER, A, HOLBROOK, KA, FARR, AG Ontogeny of Langerhans cells in

- human embryonic and fetal skin **J. Invest. Dermatol** , v 86, p 240, 1986
27. GARZON, MC, KAHN, TA, SIEGFRIED, EC, et al Proceedings of the Society for Pediatric Dermatology Meeting, June 29 - July 1, 1995, Vancouver, British Columbia, Canada **Ped. Dermatol** , v 12, n 4, p 376-385, 1995
28. GOLDMAN, L Dermatologic surgery in an ambulatory surgery center ten years' experience **Cutis**, v 34, n 1, p 65-68, 1984
29. GORDON, KC, BRADBURY, P Microtomy and paraffin sections In BANCROFT, JD, STEVENS, A **Theory and practice of histological techniques** London Churchill Livingstone, London, 1982 p 61 a 81
30. GORDON, KC Tissues processing In BANCROFT, JD, STEVENS, A **Theory and practice of histological techniques** London Churchill Livingstone, 1982 p 41 a 60
31. GROSSOCAPUTO, R, ACKERMAN, AB, SISON-TORRE, EQ. **Pediatric dermatology and dermatopathology: A text and atlas** Nova Iorque Lea & Febiger, 1993
32. HASHIMOTO, K The ultrastructure of the skin of human embryos V The hair germs and perifollicular mesenchymal cells **Br. J. Dermatol** , v 83, p 167, 1970
33. HASHIMOTO, K. The ultrastructure of the skin of human embryos VII Formation of the apocrine gland **Acta. Derm. Venereol. (Stockh)**, v 50, p 241, 1970
34. HASHIMOTO, K The ultrastructure of the skin of human embryos IX Formation of the hair cone and intraepidermal hair canal **Arch. Klin. Exp. Dermatol.**, v 238, p 333, 1970



- 35.HASHIMOTO, K, GROSS, BG, DIBELLA, RJ, et al The ultrastructure of the skin of human embryos IV The epidermis **J. Invest. Dermatol** , v 47, p 317, 1966
- 36.HASHIMOTO, K, GROSS, BG, LEVER, WF The ultrastructure of the skin of human embryos I The intraepidermal eccrine sweat duct **J. Invest. Dermatol** , v 45, p 139, 1965
- 37.HASHIMOTO, K, GROSS, BG, LEVER, WF The ultrastructure of the skin of human embryos II The formation of intradermal portion of the eccrine sweat duct and of the secretory segment during the first half of embryonic life **J. Invest. Dermatol.**, v 46, p 513, 1966
- 38.HOLBROOK, KA, ODLAND, GF The fine structure of developing human epidermis Light scanning and transmission electron microscopy of the periderm **J. Invest. Dermatol** , v 65, p 16, 1975
- 39.HOLBROOK, KA, UNDERWOOD, RA, VOGEL, AM The appearance, density and distribution of melanocytes in human embryonic and fetal skin revealed by the anti-melanoma monoclonal antibody HMB-45 **Anat. Embryol** , v 180, p 443, 1989
- 40.HONIG, PJ, BURKE, L The subspecialty of pediatric dermatology **J. Am. Acad. Dermatol** , v 15, n 1, p 123-126, 1986
- 41.HORN, HM, PRIESTLEY, GC, EADY, RA, et al The prevalence of epidermolysis bullosa in Scotland **Br. J. Dermatol** , v 136, n 4, p 560-564, 1997
- 42.HORN, T Cutaneous toxicities of drugs In ELDER, D, ELENITSAS, R, JAWORSKY, C, JOHNSON, B **Lever's histopathology of the skin**, 8<sup>th</sup> ed Philadelphia Lippincott – Raven Publishers, 1997 p 287-304.

43. HOWARD, R Congenital midline lesions pits and protuberances **Pediatr. Ann.**, v 27, n 3, p 150-160, 1998
44. JACQUES, SM, QURESHI, F, MUNKARAH, A Interinstitutional surgical pathology review in gynecologic oncology cancer in endometrial curettings na biopsies **Int. J. Gynecol. Pathol** , v 17, n 1, p 36-41, 1998
45. JANNIGER, CK, SCHWARTZ, RA Children and medicine love and responsibility **Cutis**, v 58, n 2, p 111-112, 1996
46. KILKENNY, M, MARKS, R The descriptive epidemiology of warts in the community **Australas. J. Dermatol** , v 37, n 2, p 80-86, 1996
47. KROWCHUK, DP, BRADHAM, DD, FLEISCHER, AB Dermatologic services provided to children and adolescents by primary care and other physicians in the United States **Ped. Dermatol** , v 11, n 3, p 199-203, 1994
48. KROWCHUK, DP, TUNNESSEN, WW, HURWITZ, S Pediatric dermatology update **Pediatrics**, v 90, n 2 1, p 259-264, 1992
49. KURI, R, MALDONALDO, R, TAMAYO, L Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (N E V I L ) **Med. Cut. I.L.A.**, v 6, n. 5/6, p 305-310, 1978
50. LAWSON, NS, HOWANITZ, PJ The College ao American Pathologists, 1946-1996 – Quality Assurance Service **Arch. Pathol. Lab. Med** , v 121, n 9, p 1000-1008, 1997
51. LEHMAN, TJ Sistemic and localized scleroderm in children. **Curr. Opin. Rheumatol.**, v 8, n 6, p 576-579, 1996
52. LUCKY, A, EICHENFIELD, LF, HARTLEY, AH, et al Proceedings of the 17th Annual Meeting of the Society for Pediatric Dermatology, july 29-31, 1993,

- Snowmass, Colorado. **Ped. Dermatol** , v 11, n 2, p 187-195, 1993
53. MAGRO, CM, CROWSON, NA, REGAUER, S Granuloma annulare and necrobiosis lipoidica tissue reactions as a manifestation of systemic disease **Hum. Pathol** , v 27, n 1, p 50-56, 1996
54. MASAWA, AEJ, SAMITZ, MH Dermatology in Tanzania a model for other developing countries **Int. J. Dermatol** , v 15, n 9, p 681-687, 1976
55. MATSUNAKA, M, MISHIMA, Y Electron microscopy of embryonic human epidermis at seven and ten weeks **Acta Derm Venereol (Stockh)**, v 49, p 241, 1969
56. MCKEE, PH, MARSDEN, RA **Pathology of the skin with clinical correlations**, 2<sup>nd</sup> ed London Mosby-Wolfe, 1996 p 21-538
57. MENDENHALL, RC, RAMSAY, DL, GIRARD, RA, et al A study of practice of dermatology in the United States Initial findings **Arch. Dermatol** , v 114, p. 1456-1462, 1978
58. MISHIMA, Y, WIDLAN, S Embryonic development of melanocytes in human hair and epidermis **J. Invest. Dermatol.**, v 46, p 263, 1966
59. MOLL, I Intraepidermal formation of Merkel cells in xenografts of human skin **J. Invest. Dermatol.**, v 94, p 359, 1990
60. MURPHY, GF Histology of the skin In ELDER, D, ELENITSAS, R, JAWORSKY, C, JOHNSON, B **Lever's histopathology of the skin**, 8<sup>th</sup> ed Philadelphia Lippincott – Raven Publishers, 1997 p 5-50
61. O'GRADY, K Paediatric dermatology **Aust. Fam. Physician** , v 21, n 11, p 1605-1613, 1992

62. OWEN, AS, MAEYENS, E, WEARY, PE Patients' opinions regarding direct access to dermatologic specialty care **J. Am. Acad. Dermatol** , v 36, n 2 1, p 250-256, 1997
63. PENNEYS, NS Log-in/log-out time a quality factor for a reference laboratory-prolonged times for skin pathology processing in managed care-authorized laboratories **J. Am. Acad. Dermatol** , v 36, n 6 1, p 995-998, 1997
64. PENNEYS, NS, STOER, C, BUCK, B, et al Langerhans cells in fetal and newborn skin and newborn thymus (abstr) **Arch. Dermatol** , v 120, p 1082, 1984
65. PERLMAN, HH Interested in practicing pediatric dermatology? Comments on this little known subspecialty **Clin. Ped.**, v 4, n 11, p 690-693, 1965
66. PETERS, MS, THIBODEAU, SN, WHITE, JW, et al Mycosis fungoides in childhood and adolescents **J. Am. Acad. Dermatol** , v 22, n 6, p 1011-1018, 1990
67. PINKUS, H Embryology of hair In MONTAGNA, W , ELLIS, R A , et al **The biology of hair growth** New York Academic Press, 1958 p 1
68. RADBILL, SX Pediatric dermatology chronologic excursions into the literature Part I Pediatric dermatology in general medical texts **Int. J. Dermatol** , v 26, n 4, p 250-256, 1987
69. RADBILL, SX Pediatric dermatology in antiquity part I **Int. J. Dermatol** , v 14, n 5, p 363-369, 1975
70. RADBILL, SX Pediatric dermatology in antiquity part II Roman Empire **Int. J. Dermatol.**, v 15, n 4, p 303-307, 1976



71. RADBILL, SX Pediatric dermatology in antiquity part III. **Int. J. Dermatol** , v 17, n 5, p 427-434, 1978
72. RASMUSSEN, JE What's new in '92 - The past decade of pediatric dermatology **Ped. Dermatol** , v 9, n 4, p 390-396, 1992
73. ROGERS, M, MCCROSSIN, I, COMMENS, C Epidermal naevi and the epidermal nevus syndrome A review of 131 cases **J. Am. Acad. Dermatol** , v 20, p 476-488, 1989
74. RUBIN, MB, PARISH, LC Dermatology of the 1870's patterns of occurrence of cutaneous disease (1871-1874). **Int. J. Dermatol.**, v 13, n 1, p 43-47, 1974
75. SAGEBIEL, RW, ODLAND, GF Ultrastructural identification of melanocytes in early human embryos (abstr) **J. Invest. Dermatol** , v 54, p 96, 1970
76. SERRI, F, MONTAGNA, W, MESCON, H Studies of the skin of the fetus and child **J. Invest. Dermatol** , v 39, p 199, 1962
77. SHIVARAM, V, CHRISTOPH, RA, HAYDEN, GF Skin disorders encountered in a pediatric emergency department **Ped. Emergency Care**, v 9, n 4, p 202-204, 1993
78. SMITH, LT, HOLBROOK, KA Embryogenesis of the dermis in human skin **Scand. J. Clin. Lab. Invest** , v 3, p 271, 1986
79. SOOHOO, L, MERCURIO, MG, BRODY, R, et al An acquired vascular lesion in a child Acquired progressive lymphangioma **Arch. Dermatol.**, v 131, n 3, p 341-342, 344-345, 1995
80. STEVENS, A The haematoxylin In BANCROFT, JD, STEVENS, A **Theory and practice of histological techniques** London Churchill Livingstone, 1982

p 109 a 121

- 81.URMACHER, C Normal Skin In STERNBERG, SS **Histology for Pathologists** New York Raven Press, 1995 p 381-398
- 82.VEYS, EM, DE KEYSER, F Rheumatoid nodules differential diagnosis and immunohistological findings. **Ann. Rheum. Dis** , v 52, n 9, p 625-626, 1993
- 83.WEEDON, D **Skin Pathology**. London Churchill Livingstone, 1997 p 27-930